

Mestrado em Educação para a Saúde

Educação Nutricional, Saúde Mental e Qualidade de Vida do Idoso

Implementação de um Programa de Promoção da Saúde

Paula Alexandra Neves Simões

Coimbra, 2020

Paula Alexandra Neves Simões

**Educação Nutricional, Saúde Mental e
Qualidade de Vida do Idoso**
Implementação de um Programa de Promoção da Saúde

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutora Maria Filomena Rodrigues Teixeira

Arguente: Prof. Doutora Albertina Lima de Oliveira

Orientador: Prof. Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Amaral

Janeiro, 2020

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho, Guilherme, com o desejo profundo
de que chegue a velho, muito velho,
sempre com qualidade de vida.*

AGRADECIMENTOS

No percurso para a concretização deste projeto, foram várias as pessoas que contribuíram para a sua realização com sucesso e às quais não podia deixar de agradecer.

Ao meu filho, Guilherme, por ter aceitado as ausências e retribuir com amor.

Ao meu marido, André, por ter embarcado nesta “viagem” comigo e por ter segurado as pontas (e foram muitas) sempre com positivismo e amor.

Aos meus pais, Maria da Luz e Valdemar, pelo orgulho demonstrado durante este processo, e pela força e apoio em todos os momentos.

Aos meus irmãos mais velhos, Andrea, Liliana, Carla, e Bruno, por me dizerem com frequência que ia conseguir, e por passados 35 anos continuarem a ser a minha muralha.

À nossa “Tia Bé”, Professora Doutora Isabel Moreira, pelas palavras encorajadoras, acreditando sempre nas minhas capacidades.

À família do meu marido, por me parabenizarem em cada etapa.

À minha colega Anabela, pelas horas que passámos juntas, em trabalho e em lazer. Esta caminhada foi muito mais leve com a sua companhia.

Ao Professor Doutor Telmo Pereira, pela oportunidade que me deu de participar neste projeto, e por ter confiado no meu trabalho.

À Professora Doutora Helena Loureiro, por me ter cedido alguns dados necessários à elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Clara Rocha, pelo seu apoio na análise estatística.

À Professora Doutora Ana Paula Amaral, coordenadora do Mestrado em Educação para a Saúde na Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra, pelo seu profissionalismo exímio durante estes dois anos, como professora e orientadora. É um orgulho ter sido sua orientanda.

À professora Filomena Teixeira, coordenadora do Mestrado em Educação para a Saúde na Escola Superior de Educação de Coimbra, e a todos os docentes do Mestrado em Educação para a Saúde, incluindo os dos seminários, por enriquecerem os meus conhecimentos.

A todos os funcionários da ADIC, por me terem recebido tão bem. Em especial à Dra. Marisa e à Dra. Rita, pelo apoio constante.

Aos idosos do centro de dia pela confiança, pelo carinho, pelo esforço e pela generosidade. Aos idosos do apoio domiciliário por, mesmo sem terem privado comigo, me terem recebido tão bem nas suas casas nos momentos de avaliação.

Por último, não podia deixar de agradecer aos idosos que participaram no programa de 6 semanas e que, sempre com um sorriso no rosto, me apresentaram com simpatia, disponibilidade, carinho e bom humor.

Grata a todos vós, pelo vosso apoio!

Educação Nutricional, Saúde Mental e Qualidade de Vida do Idoso

Implementação de um Programa de Promoção da Saúde

RESUMO

O aumento exponencial da população idosa e o aumento dos problemas de saúde mental, como o sentimento de solidão e a depressão, com alta prevalência nesta população, aumentam a preocupação com a qualidade de vida nesta fase do ciclo de vida. A associação positiva entre alimentação saudável, saúde mental e longevidade, justificou a realização deste programa de educação para a saúde, que teve como principal objetivo melhorar o estado nutricional dos idosos e ao mesmo tempo proporcionar humor positivo e integração social, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

A amostra foi constituída por 22 idosos divididos em dois grupos: grupo de intervenção (n=11) e grupo de controlo (n=11). O programa decorreu durante 6 semanas, sendo constituído por 12 sessões, realizadas duas vezes por semana com a duração de 90 minutos cada uma.

Nos dois momentos de avaliação, antes e após a intervenção, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Redes Sociais de Lubben, WHOQOL-OLD e Mini Avaliação Nutricional. Foram também aplicados o questionário sociodemográfico e o questionário de avaliação final. Durante as sessões foi feita uma avaliação qualitativa recorrendo a diário de bordo.

A avaliação qualitativa mostrou que a intervenção proporcionou humor positivo aos idosos. O isolamento social diminuiu na faceta “família”. O estado nutricional também melhorou. Quanto à qualidade de vida, as facetas “participação social” ($p=0,044$) e “família/vida familiar” ($p=0,024$) melhoraram significativamente no grupo de intervenção. No grupo de controlo o isolamento aumentou de forma significativa ($p=0,016$), principalmente na faceta “amigos” ($p=0,020$). A QdV do grupo sem intervenção diminuiu significativamente ($p=0,010$), sendo as facetas “Funcionamento Sensorial” ($p=0,028$), “Autonomia” ($p=0,048$), “Participação Social” ($p=0,015$) e “Família/Vida familiar” ($p=0,020$) as mais afetadas.

O programa cumpriu os objetivos propostos, mostrando a importância dos programas de promoção da saúde. Programas mais longos e com amostras maiores, podem significar resultados positivos mais significativos.

Palavras-chave: Idoso, nutrição, depressão, solidão, qualidade de vida, educação para a saúde, promoção da saúde.

Nutritional Education, Mental Health and Quality of Life of the Elderly

Implementation of a Health Promotion Program

ABSTRACT

The exponential growth of the elderly population and the increase of mental health problems, such as the feeling of loneliness and depression, with high prevalence in this population, increased concern about the quality of life in this phase of the life cycle. The positive association between healthy eating, mental health and longevity justified the implementation of this health education program, whose main objective was to improve the nutritional status of the elderly population and at the same time to provide positive mood and social integration, in order to improve their quality of life.

The sample consisted of 22 elderly divided into two groups: intervention group (n=11) and control group (n=11). The program ran for 6 weeks, consisting of 12 sessions, held twice a week with duration of 90 minutes each.

At the two assessment times, before and after the intervention, the following assessment instruments were applied: Geriatric Depression Scale (GDS), Lubben Social Networking Scale (LSNS), WHOQOL-OLD and Mini Nutritional Assessment (MNA). The sociodemographic questionnaire and the final evaluation questionnaire were also applied. During the sessions a qualitative assessment was made using logbook.

The qualitative evaluation showed that the intervention provided positive mood to the elderly. In social isolation there are improvements in the “family” facet. The nutritional status also improved. Regarding quality of life, the facets “social participation” ($p = 0.044$) and “family / family life” ($p = 0.024$) improved significantly. The control group, regarding social isolation, significantly worsened ($p = 0.016$), especially in the “friends” facet ($p = 0.020$). The QoL of this group also worsened significantly ($p = 0.010$). The facets “SAB” ($p = 0.028$), “AUT” ($p = 0.048$), “SOP” ($p = 0.015$) and “FAM” ($p = 0.020$) were the most affected.

The program met the proposed objectives, showing the importance of health promotion programs. Longer programs with larger samples can mean more significant positive results.

Keywords: Elderly, nutrition, depression, loneliness, quality of life, health education, health promotion.

ÍNDICE TOTAL

INTRODUÇÃO	1
1. Introdução	3
PARTE 1	5
2. Fundamentação Teórica	7
2.1 <i>Envelhecer com Qualidade de Vida</i>	7
2.2 <i>Depressão e solidão no envelhecimento</i>	9
2.3 <i>Desnutrição no idoso</i>	12
2.4 <i>Dieta Mediterrânica e Longevidade</i>	14
2.5 <i>Promoção da Saúde através da Educação Nutricional</i>	16
2.6 <i>Educação Nutricional, Bem-estar Psicossocial e Qualidade de Vida</i>	19
3. Objetivos	21
PARTE 2	23
4. Metodologia	25
4.1. <i>Procedimentos</i>	25
4.2. <i>Participantes</i>	25
4.2.1. <i>Amostra</i>	26
4.2.2. <i>Caraterísticas gerais da amostra</i>	26
4.3. <i>Instrumentos e outras formas de avaliação</i>	27
4.3.1. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	27
4.3.2. <i>Escala de Depressão Geriátrica</i>	27
4.3.3. <i>Escala de Redes Sociais de Lubben</i>	28
4.3.4. <i>Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde</i>	28
4.3.5. <i>Mini Avaliação Nutricional (MNA)</i>	29
4.3.6. <i>Questionário de avaliação final</i>	30
4.3.7. <i>Tratamento de dados</i>	30
4.4. <i>Programa de Intervenção</i>	30
5. Resultados	33
5.1. <i>Momento Inicial</i>	33
5.2. <i>Momento Final</i>	35
5.2.1 <i>Depressão</i>	36
5.2.2 <i>Redes Sociais</i>	37
5.2.3 <i>Qualidade de Vida</i>	37
5.2.4 <i>Estado Nutricional</i>	38
5.2.5 <i>Diário de Bordo e Avaliação Final</i>	39
6. Discussão	40
CONCLUSÃO	45
7. Conclusão	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
8. Referências Bibliográficas	51
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características Gerais da Amostra	26
Tabela 2 - Resultados do primeiro momento de avaliação	33
Tabela 3 – Valores médios QdV por facetas e grupos	34
Tabela 4 – Valores médios dos resultados gerais do segundo momento de avaliação	35
Tabela 5 – Sintomatologia depressiva: momento inicial vs. momento final	36
Tabela 6 – Estádio de Redes Sociais: momento inicial vs. momento final	37
Tabela 7 – Estádio de QdV: momento inicial vs. momento final	37
Tabela 8 – Estádio de MNA: momento inicial vs. momento final	39

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Parecer Comissão de Ética	i
ANEXO II – Consentimento Informado	ii
ANEXO III – Questionário Sociodemográfico	iv
ANEXO IV- Escala de Depressão Geriátrica	vii
ANEXO V- Escala de Redes Sociais de Lubben	viii
ANEXO VI - WHOQOL-OLD - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde	ix
ANEXO VII - Mini Avaliação Nutricional	xv
ANEXO VIII - Questionário de Avaliação Final	xvi
ANEXO IX – Descrição das sessões	xvii
ANEXO X – Tabelas de referências cruzadas	xxix
ANEXO XI - Testes não paramétricos Wilcoxon: casos positivos vs. casos negativos	xxxi
ANEXO XII – Grelha de avaliação das sessões	xxxii
ANEXO XIII – Registo de Presenças	xxxii
ANEXO XIV – Avaliação do Programa	xxxiii

LISTA DE SIGLAS

AD - Apoio Domiciliário

ADIC - Associação de Defesa do Idoso e da Criança

AGA – Abordagem Geriátrica Ampla

APN - Associação Portuguesa dos Nutricionistas

CD - Centro de Dia

DGS - Direção Geral de Saúde

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ERSL - Escala de Redes Sociais de Lubben

FMMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos

GC - Grupo de Controlo

GDE - Geriatric Depression Scale

GI - Grupo de Intervenção

INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.

LSNS - Lubben Social Networking Scale

MNA - Mini Nutritional Assessment

MNA-SF - Mini Nutritional Assessment – Short Form

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module Group

INTRODUÇÃO

1. Introdução

A população idosa está a aumentar a um ritmo alucinante em todo o mundo e não se esperam mudanças neste processo de transição demográfica, nas próximas décadas. Segundo as Nações Unidas, em 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos atingirá os 2 mil milhões, mais do dobro do valor de 2013, 841 milhões de idosos (OMS, 2014). Simultaneamente, espera-se um aumento dos problemas de saúde mental, como o sentimento de solidão e a depressão, com alta prevalência na população idosa. Considerando que a alimentação saudável está associada a menores riscos de saúde mental e maior longevidade, justificam-se intervenções de educação nutricional para promover a saúde do idoso e reduzir os custos de uma população envelhecida pouco saudável (Masana, 2019).

Em 2016, Portugal era um dos países mais envelhecidos da Europa, com a população idosa a representar 20,7% da população total. O aumento da esperança média de vida e o Índice Sintético de Fecundidade muito abaixo do necessário para garantir a renovação da população, apelam à responsabilidade de todos em garantir a Qualidade de Vida (QdV) neste processo tão complexo que é o envelhecimento (INE, 2017).

Garantir a qualidade de vida dos idosos é um dos atuais desafios a nível mundial e uma das principais preocupações da OMS, que em 2016 adotou a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde (2016-2020). A meta é garantir uma Década de Envelhecimento Saudável a partir de 2020 – 2030 e será alcançada com base em cinco estratégias: 1) estabelecer um compromisso com o envelhecimento saudável; 2) alinhar os sistemas de saúde com as necessidades das populações mais velhas; 3) desenvolver sistemas para fornecer cuidados a longo prazo; 4) criar ambientes amigos dos idosos; 5) melhorar a medição, monitoramento e compreensão do envelhecimento (OMS, 2016).

No entanto, a saúde mental também está no topo das maiores preocupações de saúde pública. A sua prevalência mundial tem vindo a aumentar e para além de ter um elevado impacto na qualidade de vida, implica custos económicos consideráveis (OMS, 2015). Segundo o relatório da OCDE (2018), na União Europeia os problemas de saúde mental representam um custo de mais de 600 mil milhões de euros, dos quais 6,6 milhões são em Portugal, o quinto país com maior prevalência de problemas de saúde mental.

A depressão, um problema de saúde mental com alta prevalência no idoso, tornou-se uma preocupação mundial permanente, devido ao aumento exacerbado da população mais velha. A depressão reduz drasticamente o bem-estar e a qualidade de

vida, prevendo-se que em 2020 seja a principal causadora de incapacidade a nível mundial (OMS, 2015).

Entre 2005 e 2015 o número de pessoas com depressão aumentou 18,4%, atingindo mais de 300 milhões de pessoas, 4,4% da população mundial. Na Europa, a prevalência é de 12%. Em 2013, 8 em cada 100 portugueses sofriam de depressão (OMS, 2017). Estima-se que na população idosa a prevalência seja de 6% a 10% (Frade et al., 2015).

A depressão afeta o estado nutricional do idoso, levando à diminuição de apetite e perda de peso (Grunert et al., 2017). E apesar da nutrição não ser o principal fator de risco para a depressão, continua a ser um fator modificável, podendo contribuir para a sua prevenção, proporcionando bem-estar psicológico e social (Schoufour et al., 2017).

As refeições e tudo o que estas implicam geram um conjunto de associações sociais, desde a compra de alimentos até à sua apresentação confeccionada na hora da refeição, proporcionando estrutura ao dia-a-dia dos idosos e sentimentos de utilidade e autonomia (Fjellström & Sydner, 2017). Também o padrão alimentar mediterrânico contribui para que o idoso se sinta satisfeito e com melhor perceção da sua qualidade de vida, estando associado a maior longevidade (Grunert et al., 2017).

Considerando o acima exposto, foi elaborado, avaliado e implementado um programa de promoção da saúde, com o objetivo de melhorar o estado nutricional e, em simultâneo, proporcionar humor positivo e integração social, de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O programa fez parte integrante do projeto AGA@4life da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, que visa a promoção de um envelhecimento ativo e saudável através da implementação de um modelo de intervenção fundado na Abordagem Geriátrica Ampla (AGA). O modelo de AGA assenta num protocolo de avaliação e intervenção de natureza holística e multidisciplinar, para a promoção global do bem-estar.

Este trabalho está dividido em duas partes essenciais. Começa-se por fundamentar a escolha desta intervenção nesta população-alvo, aborda-se a depressão, a solidão, o estado nutricional e a qualidade de vida do idoso e faz-se uma reflexão sobre o papel da educação nutricional na promoção da saúde do idoso, terminando-se com a discussão de alguns projetos de intervenção na área da educação nutricional. Na segunda parte é feita a descrição dos objetivos e da metodologia. Segue-se a apresentação dos resultados, a discussão e conclusão final do trabalho.

PARTE 1

2. Fundamentação Teórica

2.1 Envelhecer com Qualidade de Vida

É frequente associar-se o envelhecimento ao estado de velhice, “terceira-idade”, no entanto, o envelhecimento não pode ser visto como um estado, mas sim como um processo dinâmico, natural do desenvolvimento e que culmina com a morte (Antunes, 2015). A velocidade de progressão do processo de envelhecimento depende de fatores não modificáveis e de fatores modificáveis, como a nutrição, estado psicológico, questões sociais e o estilo de vida (APN, 2013).

O processo de envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial comum a todos os seres vivos e que afeta todos os domínios do ser humano (Neto, 2015). Abrange três componentes, o biológico, o social e o psicológico, que dependem das características individuais e que, portanto, não estão necessariamente relacionados com a idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008). Fontaine (2000) fala em idade biológica, idade social e idade psicológica. Na idade biológica considera as modificações orgânicas e a diminuição da capacidade do organismo se autor-regular, tornando-se menos eficaz, mais velho. Na idade social refere-se aos papéis e estatutos que cada um tem na sociedade, que vão sendo perdidos. A idade psicológica está ligada à memória, motivação, inteligência, fatores que afetam a forma de lidar com as alterações do meio. Para Neto (2015) é um fenómeno onde as dimensões, biológica, psicológica e sociais, interagem entre si e com o meio. Uma alteração numa delas compromete o bom funcionamento das restantes e o equilíbrio do ser humano. Considera que é na interação com o meio e nas interpretações que cada indivíduo faz dela, que o envelhecimento atinge um carácter multifatorial.

Devido à sua complexidade, envelhecer com saúde é um desafio constante e requer o bem-estar físico, emocional e social do idoso, de forma a poderem usufruir de um envelhecimento ativo e saudável (Valer et al., 2015).

O envelhecimento saudável é definido como um “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”, considerando que a capacidade funcional é o resultado das capacidades intrínsecas (físicas e mentais) e da interação com o meio (OMS, 2015, p.13).

Segundo a OMS (2002, p.12), o envelhecimento ativo é um “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida durante o envelhecimento”, baseado em três pilares: promoção do estado de saúde mental, perfeita integração na sociedade e diminuição do

risco de doença e/ou incapacidade. Não pressupõe apenas a capacidade de se manter fisicamente ativo, mas também manter a participação nas atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas (APN, 2012). Recentemente, devido à relação positiva entre o conhecimento e a promoção da saúde, a educação juntou-se à saúde, participação e segurança, passando a ser também um requisito para um envelhecimento ativo (OMS, 2015b).

É importante destacar a responsabilização do indivíduo em reunir as condições necessárias para um envelhecimento saudável e ativo, chamando-lhe envelhecimento bem-sucedido que se define com base em três critérios: baixa probabilidade de doença e incapacidade; elevada capacidade funcional física e cognitiva; e envolvimento ativo com a vida (Araújo et al, 2016).

Nas primeiras décadas do século XX, considerava-se que o bem-estar da população estava diretamente relacionado com o crescimento económico dos países, mas após a 2ª Guerra Mundial esta ideia perdeu força, uma vez que o crescimento económico dos Estados Unidos não estava a evitar os problemas sociais (Canavarro & Serra, 2010). Então, na segunda metade do século XX, Lyndon Johnson, o presidente em 1964, usou pela primeira vez a expressão QdV quando declarou que os objetivos da nação deviam ser medidos pela QdV e não pela balança comercial, tornando-se um tema de grande interesse para diversas áreas de investigação, como a social, política, humana e biológica (Fleck et al., 1999, cit. in Fernandes, 2014).

No início da década de 90, a OMS, identifica a associação positiva entre QdV e a promoção da saúde física e mental e a sua importância para o bem-estar social das pessoas. Para estudar a QdV e desenvolver instrumentos que a pudessem avaliar, a OMS reuniu um conjunto de peritos de diversas culturas que formaram o grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Dessa reunião, surge a definição de qualidade de vida como “perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental, que são afetadas por variáveis diversificadas (WHOQOL Group, 1995, p.1405).

A saúde plena depende essencialmente de critérios como autonomia, relações familiares e com exterior, recursos económicos e realização de atividades lúdicas e recreativas. No entanto, sendo uma perceção individual, a QdV varia de indivíduo para indivíduo, conforme determinantes pessoais como o contexto social e as experiências de vida. Também o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a

espiritualidade, o acesso a redes sociais, a possibilidade de realizar com sucesso as atividades diárias, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social, são determinantes para uma boa percepção da QdV por parte do idoso (Teixeira, 2010).

Proporcionar uma melhor qualidade de vida à população idosa é um dos atuais desafios da OMS, que pretende que esta se mantenha ativa de forma a encontrar sentido para a sua vida. Para isso, e à semelhança de outros programas já desenvolvidos anteriormente, a Direção-Geral da Saúde (DGS), criou em 2016 a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS). O ENEAS tem como premissa fundamental “melhorar as oportunidades e a qualidade de vida das pessoas com o avançar da idade e garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de suporte”, exigindo para isso uma abordagem integrada. Neste programa são considerados três componentes fundamentais para a qualidade de vida do idoso: bem-estar financeiro, saúde, e suporte e integração sociais, considerando também que estes componentes podem ser afetados por diversas situações que vão surgindo no decurso da vida e que são inerentes ao envelhecimento, como a reforma, a saída do emprego e a viuvez (DGS, 2017, p.13).

A nutrição é enfatizada como fator determinante para envelhecer com qualidade de vida uma vez que esta, sendo adequada, proporciona saúde física e mental, satisfação no trabalho e nas relações familiares, disposição, dignidade, espiritualidade e longevidade. Para envelhecer com QdV, são critérios essenciais a autonomia física, psicológica e social (Fazzio, 2012).

2.2 Depressão e solidão no envelhecimento

O envelhecimento emocional está associado à forma como cada um percebe e lida com as mudanças naturais desta fase, que acarretam grande exigência emocional devido às inevitáveis perdas, como o emprego, amigos, cônjuge. O idoso passa mais tempo sozinho e isolado, sentindo-se triste e deprimido (Carvalho, 2016).

Prevenir o isolamento social é uma peça-chave para promover o envelhecimento saudável. A socialização e o convívio fazem o idoso sentir-se útil para a família, amigos e comunidade, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (DGS, 2017).

Antigamente, o envelhecimento era encarado mais naturalmente, não havia uma idade própria em que a pessoa passava a ser velha, mas a industrialização veio alterar isso. A reforma é implementada aumentando a procura de mão-de-obra mais nova/ativa, numa população maioritariamente envelhecida. A velhice torna-se um problema social e a responsabilidade pelos idosos passa a ser dos filhos e do Estado. Com a entrada na

reforma o idoso é excluído do seu papel profissional, sente que perdeu o seu estatuto na sociedade e o papel social que representava. Sente-se pouco útil, comprometendo a autoestima e a aceitação do seu novo eu. O contacto com a comunidade diminui, levando ao isolamento social (Paço, 2016).

Atualmente, com as mudanças do estilo de vida, a estrutura familiar é muito diferente e o idoso deixou de ser chefe de família, para passar a ser chefiado. Esta alteração dos papéis sociais causa-lhe angústia. As condições de vida atuais, como a vida extremamente preenchida dos familiares mais próximos, favorecem a solidão do idoso. No entanto, o sentimento de solidão não está relacionado com a quantidade de contactos sociais, mas sim com a qualidade desses contactos. O isolamento social prende-se com a insatisfação do idoso com as suas redes sociais e tem um impacto negativo na sua qualidade de vida (Marrachinho 2014).

São vários os fatores de risco para o isolamento no envelhecimento. As limitações funcionais dificultam o contacto frequente com os familiares, as doenças, que são mais frequentes nesta fase do ciclo de vida reduzem o contacto com o exterior/vizinhança, a emigração ou inexistência de filhos reduz o ciclo mais chegado de contactos (Leitão, 2015). Devido ao risco acrescido de isolamento social no idoso, a OMS (2002), reconhece a importância do apoio social, considerando-o decisivo na promoção da autonomia, da autoestima, de melhor saúde mental e de qualidade de vida. Já um baixo apoio social é uma das causas mais frequentes de suicídio na terceira idade, em Portugal.

O apoio social inclui a rede social de apoio, com carácter informal - conjunto de pessoas com que o idoso estabelece relações (família, amigos, vizinhos) - e o suporte social, com carácter formal - materiais, informação e serviços. Numa rede informal em que a família predomina, o idoso não terá necessidade de recorrer a suporte de carácter formal. Uma rede informal dominada pelos amigos traz mais satisfação com a vida. No entanto, a quantidade de contactos não tem relação com essa satisfação, mas sim a existência de uma relação de confiança (Maia et al., 2016).

A família é o primeiro apoio social do idoso, constitui o grupo de pessoas que acompanharam o idoso ao longo de grande parte da sua vida, sendo primeiro “recurso”, em circunstâncias boas e más. Com os amigos o idoso sente-se bem por estar com eles e ao mesmo tempo por também lhes proporcionar bem-estar, havendo uma valorização mútua (Rocha, 2013).

Naturalmente, as relações familiares e de amizade são relações privilegiadas e transmitem muita segurança ao idoso, no entanto, até que saudavelmente possível, é

importante manter o idoso na sua casa, pois é lá que tem o seu espaço, a sua privacidade, as suas memórias. Além disso, quando o idoso viveu muitos anos num local, criou ligações de proximidade com a vizinhança, que também tem um papel importante no apoio social ao idoso, sendo muitas vezes o primeiro recurso, em caso de emergência (Paços, 2016).

As interações sociais estimulam a prática de estilos de vida saudáveis, fazem com que o idoso sinta que ainda controla a sua vida, proporcionando bem-estar. Além disso, o idoso não se isola tanto e sente-se mais satisfeito com a sua vida (Marrachinho, 2014).

O rádio e a televisão são, normalmente, os meios mais usados para combater a solidão, mas a participação em atividades sociais proporcionam interação social e também, a possibilidade de criar novas amizades ou até novos casamentos. O contacto, frequente e útil, com familiares e amigos também tem um papel fundamental na prevenção do isolamento social (Paços, 2016).

O principal papel das redes sociais é evitar ou diminuir os efeitos das angústias associadas ao processo de envelhecimento que podem levar à solidão, uma reação individual ao isolamento social, provocando alterações emocionais que podem levar à depressão, um problema mental com alta prevalência na população idosa (Marrachinho, 2014).

Como já referido, a depressão reduz o bem-estar e a QdV, e a sua alta prevalência no idoso torna-a uma preocupação mundial, principalmente nos países mais envelhecidos, como Portugal (Kuroda et al., 2015).

A depressão tem uma associação altamente negativa com o funcionamento físico e social. Apresenta-se pelo modo como afeta a forma da pessoa sentir, pensar, agir, comer e dormir. Traduz-se em tristeza, choro, sentimento de vazio, falta de prazer nas atividades diárias, perda ou aumento de peso devido ao aumento ou perda do apetite, insónias, cansaço, falta de energia e de concentração, pensamentos negativos e sentimentos de desvalorização ou culpa (OMS, 2015a).

No idoso a depressão, normalmente, apresenta sintomas atípicos, com evidências mais corporais e cognitivas do que propriamente afetivas, talvez por acharem que os sintomas estão sempre associados a alguma patologia fisiológica. Por ser uma doença que se traduz em comportamentos “esperados” desta fase, os sintomas são muitas vezes ignorados ou subvalorizados, considerados normais da senescência, conduzindo ao agravamento dos mesmos (Ferraz, 2014).

A depressão está muitas vezes associada a situações de perda como o luto, a viuvez, o desemprego. As transformações e as perdas inerentes a esta fase da vida, a

aposentadoria que leva à perda de funções ocupacionais e sociais, o aumento da suscetibilidade a doenças que levam ao aumento da incapacidade e autonomia, a diminuição do poder económico, levam muitas vezes à institucionalização. São um conjunto de situações que levam a um quadro de tristeza e isolamento e consequentemente à depressão (Fontaine, 2000).

Os idosos que sofrem de depressão veem o seu bem-estar afetado e uma consequente diminuição da qualidade de vida, o que se traduz numa acentuada perda da autonomia, num aumento da procura de cuidados médicos e no aumento da morbilidade e mortalidade (Rocha et al., 2014). É um dos principais problemas mentais nos idosos, e a associação negativa entre depressão e qualidade de vida, requer um diagnóstico e tratamento precoces (Frade et al., 2015).

A depressão é um dos fatores que afetam o estado nutricional do idoso, provocando alterações fisiológicas, como ausência de sinais de fome, também pode levar à diminuição de apetite e perda de peso. Por outro lado, quanto maior a satisfação com a alimentação, mais baixos são os níveis de depressão e isolamento (Grunert et al., 2017).

2.3 Desnutrição no idoso

O conceito de nutrição, devido aos imensos critérios a serem tomados em conta aquando o seu diagnóstico, não tem uma definição exata, mas está comumente associada a carências energéticas, proteicas, ou outros nutrientes, manifestando-se na diminuição de massa gorda e massa muscular e consequente perda de peso (Pereira, 2012).

O envelhecimento é caracterizado por uma variedade de mudanças que influenciam a alimentação dos idosos e que podem aumentar o risco de desnutrição. A desnutrição no idoso diminui a sua autonomia, a sua capacidade para realizar atividades, e consequentemente afeta negativamente a qualidade de vida do idoso. O estado nutricional da pessoa idosa é condicionado por fatores ambientais, como a dificuldade em adquirir alimentos, por fatores sociais e psicológicos como o isolamento social e a depressão, por fatores físicos e biológicos como a diminuição da mobilidade, socioeconómicos e culturais como a falta de conhecimentos nutricionais, crenças e mitos (APN, 2013).

As mudanças biológicas mais comuns são a perda da densidade óssea e de massa magra levando a maior fragilidade, menos força muscular e menor quantidade total de água corporal (Bonaccio, 2018). O sistema digestivo também diminui a sua funcionalidade, comprometendo a correta absorção dos nutrientes, a segregação de

sucos gástricos, os movimentos peristálticos que auxiliam a movimentação dos nutrientes, entre outros. Um conjunto de situações que provocam alterações do apetite, desconforto abdominal, prisão de ventre, diminuição da sede, levando muitas das vezes ao estado de doença crónica. Problemas de mastigação, deglutição e alterações nas capacidades sensoriais também condicionam a alimentação e o estado nutricional (APN, 2013).

Nos fatores psicossociais, a perda do confidente, muitas vezes o cônjuge, e o passar a viver sozinho ou numa instituição provoca sensação de abandono, a perda do papel social como consequência da reforma, e a perda de autonomia. Um conjunto de fatores que podem levar à tristeza, à depressão, ao isolamento social e ao desinteresse do idoso pelo autocuidado, como preparar refeições e alimentar-se (Fazzio, 2012).

As refeições são um importante veículo de socialização, que permitem disfrutar momentos intimistas, que proporcionam companheirismo e apoio social. No entanto, também se prende com a qualidade da companhia. O idoso pode até comer acompanhado, mas se há falta de comunicação durante as refeições pode resultar em sentimentos de solidão e em humor deprimido (Kuroda et al., 2015).

O idoso que vive sozinho tem menos probabilidade de comer acompanhado. Viver com a família pode proporcionar-lhe companhia diária às refeições, podendo determinar uma boa saúde física e mental. No entanto, o bem-estar não se prende apenas com a companhia à refeição, mas sim com a qualidade dessa companhia. Além disso, o idoso pode viver com a família, mas fazer as refeições sozinho, uma vez que, os estilos de vida atuais não permitem o acompanhamento permanente da família, o que pode provocar sentimentos de solidão e tristeza (Tani et al., 2015).

Os sentimentos de solidão e tristeza afetam o apetite e a ingestão de nutrientes, aumentando o risco de desnutrição, o que pode ser evitado se as refeições forem feitas socialmente, em família ou numa instituição como centro-de-dia (Eskelinen et al., 2016).

Os centros de dia têm um papel fundamental na saúde do idoso, não só porque permitem o acesso à alimentação, como também por prevenirem o isolamento e a depressão. Estes centros são um ambiente de socialização constante e diária, duas características que podem ser aproveitadas para a construção de novas relações de amizade, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (Martins, 2012).

A alimentação não tem apenas a função de nutrir o corpo, também pode proporcionar prazer e interação social e a prática de atividades diárias inerentes ao processo de se alimentar, como a aquisição e preparação de alimentos. Todas estas

funções podem proporcionar bem-estar, satisfação com a vida, e melhor saúde mental (André et al., 2017).

O isolamento social e a depressão afetam negativamente a alimentação do idoso, e por sua vez a alimentação poderá ser um veículo para a promoção de redes sociais mais significativas, contribuindo para a prevenção da depressão (Bonaccio, 2018).

A prevenção e tratamento da desnutrição acarretam mudanças nos hábitos alimentares, o que implica alterações no dia-a-dia do idoso que podem ser percecionadas de forma negativa por este, uma vez que são hábitos muito enraizados e associados a tradições e memórias e também devido à falta de literacia em saúde (Pereira, 2018).

As mudanças nesta fase do ciclo de vida têm que ser muito bem fundamentadas e humanizadas, para o idoso se sentir motivado para a mudança. É necessário que o idoso esteja informado que as alterações lhe vão trazer melhor qualidade de vida, mais independência, bem-estar e saúde, para que ele próprio queira a mudança, que ele próprio aplique a mudança – autocuidado (Pereira, 2012).

A nutrição deve ser abordada tendo em conta os aspetos biológicos, psicológicos e sociais, e também os fatores ecológicos, económicos e políticos. Manter um bom estado nutricional traz benefícios para o idosos e para a comunidade, pois diminui a sua dependência, o tempo que demora a recuperar de doenças e o uso de recursos de saúde, tendo um impacto positivo na economia do país (Brandão et al., 2010).

A redução dos custos de saúde associados à desnutrição do idoso pode ser conseguida com a implementação de medidas preventivas, após a deteção de caso de risco de desnutrição através de rastreios nutricionais periódicos (Pereira, 2012).

Nutrição e saúde estão intimamente relacionadas, remetem-se à noção de um estilo de vida saudável que inclua a possibilidade de se manter ativo e independente, de forma a garantir uma alimentação satisfatória que contribua para a manutenção de uma qualidade de vida associada a fatores como integridade mental, emocional e social (Fazzio, 2012).

2.4 Dieta Mediterrânica e Longevidade

O estudo da dieta mediterrânica teve início na primeira metade do séc. XX, quando investigadores norte-americanos observaram que a longevidade da população grega era muito superior à da população da América do Norte (Salgado, 2015).

Na década de 60 começou a perceber-se que os países banhados pelo Mediterrâneo, que tinham hábitos alimentares semelhantes, tinham uma esperança

média de vida superior aos outros países do mundo e menos doenças crónicas, mesmo com os cuidados de saúde precários dessa época (Pereira, 2018).

Em 1970, num estudo que envolveu 7 países (Estados Unidos da América, Finlândia, Holanda, Itália, Antiga Jugoslávia, Japão e Grécia), foi criado o termo “Dieta Mediterrânica”. Ancel Keys, responsável pelo estudo, verificou que havia uma relação positiva entre o consumo de gordura e a presença de doenças crónicas, mas que apesar de os países mediterrânicos consumirem gordura, não tinham taxas elevadas desse tipo de doenças. Assim, concluiu que a questão se prendia com o facto de estes países consumirem sobretudo gorduras insaturadas (provenientes do azeite) e que a dieta mediterrânica era, então, a razão para essas baixas taxas (Salgado, 2015).

No final do século XX a dieta mediterrânica já era bastante popular, e em 2010 foi reconhecida como Património Imaterial da Humanidade, pela Unesco. Em 2011, a Fundação da Dieta Mediterrânica criou a versão mais atual da pirâmide alimentar, um guia alimentar, criado por diversos países, que transmite as suas características e princípios (Pereira, 2018).

Devido à recomendação da OMS para criar guias alimentares que respeitem as características de cada país, como a disponibilidade alimentar e o estado nutricional da população, Portugal tem o seu próprio guia: a Roda dos Alimentos, que em 2016 foi adaptada para Roda dos Alimentos Mediterrânica. Foi elaborada pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, em parceria com a Direção-Geral do Consumidor e a Direção Geral da Saúde, tendo como objetivo a promoção deste padrão alimentar junto da população portuguesa (Barbosa et al., 2017).

Os padrões de dieta que aconselham o consumo de frutos, produtos hortícolas e leguminosas, e que restringem o consumo de carne vermelha, lacticínios gordos, açúcares simples e gorduras saturadas, têm sido associados a uma maior longevidade (Silva, 2013).

A dieta mediterrânica responde aos requisitos anteriores: 1) Promove os alimentos de origem vegetal (frutos, legumes, hortaliças, leguminosas e cereais integrais), que fornecem antioxidantes, que inibem a oxidação celular, e são ricos em fibras e açúcares complexos, que promovem a saciedade e auxiliam o trânsito intestinal; 2) Prefere o azeite, os frutos oleaginosos e o peixe, como principais fontes de gordura insaturada; 3) Aconselha a restrição no consumo de carne, alimentos com alto teor de gordura saturada, pois têm sido associados a efeitos nefastos para a saúde (Grosso et al, 2016).

O consumo de frutos e vegetais está associado a interações sociais ricas, tal como os comportamentos alimentares comuns nos países mediterrânicos, como o tempo

e a composição das refeições. As refeições são um momento de prazer, de demonstração de habilidades gastronómicas, de partilha e convívio, visto como essencial ao envolvimento social. O estilo de vida mediterrânico baseia-se em laços familiares fortes, atividades de lazer com a comunidade, o que corresponde a um baixo índice de isolamento social (Salgado, 2015). A dieta mediterrânica também tem a vantagem de poder ser variada e flexível e de ser saborosa e aprazível ao paladar, o que ajuda a promover a sua prática e adesão, por proporcionar prazer e bem-estar, o que se traduz em melhor qualidade de vida e maior taxa de longevidade (Ceriello et al., 2014).

2.5 Promoção da Saúde através da Educação Nutricional

O conceito de saúde teve o seu primeiro marco evolutivo em 1948, com a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), quando passou a definir-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006, p.1).

Em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde de onde resultou a OMS acrescenta que a saúde não pode ser um objetivo, mas sim um recurso e que, como tal, deve ser controlado para não atingir o limite. Considera a saúde em vez da doença e define Promoção da Saúde como “o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo e melhorar sua saúde” (OMS, 1986, p.1). Segundo a Carta de Ottawa, resultante desta conferência, as intervenções em promoção da saúde podem ser desenvolvidas em cinco áreas: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, desenvolver as competências pessoais, reforçar a ação comunitária e reorientar os Serviços de Saúde. Na área de reforço da ação comunitária surge o conceito de empoderamento (empowerment) como forma de promover e alcançar a saúde, mostrando a importância do papel ativo e responsável dos indivíduos e das comunidades (OMS, 1986).

No entanto, os sistemas de saúde ainda agem maioritariamente em função da doença, procurando evitá-la ou tratá-la, ainda se baseiam no paradigma patogénico. Mas as constantes investigações e ações em saúde foram mostrando que este é um paradigma redutor e limitado, que precisa de ter um fio que conduza à saúde. Surge assim o paradigma salutogénico que, tal como a própria palavra indica, preocupa-se com os fatores que podem originar saúde e bem-estar. O modelo salutogénico olha o indivíduo de forma holística, como um todo, e procura intervir de forma não agressiva, como através da psicoterapia, alimentação e educação (Carrondo, 2006).

A palavra educação, etimologicamente, é a operacionalização do verbo educar, que pode vir do verbo “educare” ou do verbo “educere”, ambos do latim, mas com significados diferentes. “Educare” significa nutrir o indivíduo de forma a conduzi-lo aos objetivos que quer alcançar. É a ação do educador sobre o educando. O educador ensina e treina o educando, preparando-o para se inserir na comunidade. Aqui, a responsabilidade é inteiramente de quem educa, de quem fornece os ensinamentos. Ou seja, é um processo que parte de fora do indivíduo para dentro do indivíduo, em que as aprendizagens feitas provêm do exterior – processo exógeno. “Educere” significa “fazer surgir” - processo endógeno, forma-se no interior do indivíduo. É o transportar das potencialidades individuais, para o exterior do indivíduo. Esta perspectiva baseia-se no puericentrismo, reconhece que o educando tem um papel ativo no processo educativo, responsabilizando o aprender e não o ensinar. O termo “educação” acaba por ser inseparável do termo “humanização”, tornando-se a humanização o objetivo primordial da educação. Todo o indivíduo é um ser inacabado que, através da educação, vai sofrendo transformações que provocam mudanças internas que se traduzem no uso externo das suas potencialidades. Assim vai-se construindo e desenvolvendo como ser humano. O processo educativo é então uma junção dos dois termos, “educare” e “educere” (Ecco & Nogaro, 2015).

A etimologia da palavra “educar” leva-nos a Paulo Freire, que defende que a educação para a saúde deve facilitar a construção de saberes e não impô-los. Ou seja, as sessões de educação para a saúde devem ser elaboradas a partir do princípio de que o indivíduo deve participar ativamente na construção dos saberes e de que o educador apenas será o facilitador dessa construção (Cabral et al., 2015).

A OMS (1998, p.4) define Educação para a saúde como “conjunto de oportunidades desenvolvidas intencionalmente para a aprendizagem, que envolve alguma forma de comunicação, destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo o aumento do conhecimento, e o desenvolvimento de capacidades que conduzam à saúde da comunidade”, ou seja, a educação para a saúde é o veículo para a promoção da saúde, fornecendo informação e conhecimento para que os indivíduos tomem decisões fundamentadas sobre a sua saúde e bem-estar.

A educação nutricional tem um papel importante na saúde física e mental do idoso. De uma forma lúdica e estimulante é possível familiarizar o idoso com hábitos alimentares saudáveis e incentivá-los a praticá-los (Coutinho et al., 2016).

A introdução das metodologias expressivas nos programas de educação nutricional, pode ser a chave para o sucesso, uma vez que ao estimularem a criatividade

e a imaginação, tornam o idoso mais confiante fazendo com que este se valorize e tenha uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida (Bucho, 2016).

Desde a pré-história que as artes são um meio de expressar as vivências do ser humano, em que cada uma tem a sua forma de atuar no indivíduo. As cores usadas são o espelho efetivo e emocional, os desenhos permitem a abstração e o desenvolvimento cognitivo, a música proporciona introspeção, a dança leva à exploração do espaço e do corpo. As expressões artísticas traduzem os sentimentos, o estado de espírito naquele momento, facilitando a comunicação (Marcondes & Machado, 2017).

As atividades artísticas podem ser utilizadas em vários ambientes ou contextos, individualmente ou em grupo, ser verbais ou não-verbais, ter caráter expressivo, criativo, lúdico, mas sempre com o objetivo de provocar a exteriorização das potencialidades da população idosa (Bucho, 2016).

Ocupar os tempos livres com atividades estimulantes e criativas melhora a autoimagem, e a autonomia. A participação nestas atividades de forma contínua possibilita um “dar-receber” de experiências, saberes, emoções, que é essencial à construção de relações sociais, melhorando a percepção que o idoso tem em relação à sua qualidade de vida (Rebelo, 2015).

As metodologias expressivas mantêm o idoso ocupado, proporcionando a libertação de sentimentos e emoções num ambiente relaxado, essencial para manter os pensamentos negativos afastados e, assim, prevenir a depressão e o isolamento social, situações comuns desta faixa etária e que interferem negativamente na qualidade de vida do idoso (Marcondes & Machado, 2017).

Os programas de Educação para a Saúde direcionados à população idosa podem ser melhorados com a aplicação de metodologias expressivas estimulantes, criativas, animadas, e forma a proporcionarem um envelhecimento feliz, ativo, contrariando a conotação negativa do envelhecimento ser um processo que leva à doença, à incapacidade e à inutilidade. Devem ser programas que procurem potenciar a empatia, o respeito por si e pelo outro e a entajuda (Oliveira, 2015). Investir na criatividade, estimulando a imaginação, a criação, a transformação, potencia a promoção da saúde física, mental e social (Bucho, 2016).

Proporcionar vários momentos de aprendizagem, de forma contínua, tendo em conta as necessidades individuais de interagir, pode permitir viver mais, com melhor qualidade de vida (Rocha et al 2014). Em suma, envelhecer é um processo natural e inevitável, mas as aprendizagens, em diferentes contextos educativos, formais e

informais, focados na promoção de uma educação baseada no saber, no saber fazer e no saber ser, permite aprender a envelhecer com sucesso (Antunes, 2015).

2.6 Educação Nutricional, Bem-estar Psicossocial e Qualidade de Vida

Na literatura, são vários os programas que indicam efeitos benéficos da educação nutricional no estado nutricional, depressão, apoio social e qualidade de vida dos idosos.

Recentemente, no Brasil, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos idosos, foi projetada uma intervenção multidisciplinar com 120 idosos, constituída por 7 sessões com atividades de nutrição e exercício físico, com a duração de uma hora e meia. Esta intervenção melhorou a qualidade de vida através da promoção da autonomia, do contacto social, e da atividade (Miranda, 2017).

Luger e seus colaboradores (2016) também avaliaram os efeitos de um programa de exercício físico e intervenção nutricional, mas formaram um grupo de controlo apenas com intervenção social. Avaliaram 80 idosos australianos com mais de 65 anos, e compararam os grupos com e sem programa de intervenção social, quanto ao estado nutricional dos idosos e à sua fragilidade. Os idosos tiveram 2 visitas semanais durante 12 semanas. A intervenção nutricional consistiu na aplicação do MNA (Mini Nutritional Assessment) e foram discutidos temas de nutrição. Nas visitas da intervenção social os amigos apoiavam os idosos em saídas, conversavam, compartilhava interesses e faziam treino cognitivo. Os autores concluíram que o exercício físico, o apoio nutricional e a interação social podem combater a desnutrição e a fragilidade, mas que o apoio social, por si só, também pode melhorar estes dois aspetos, ao prevenir a solidão e o isolamento social.

Em 2008, Alencar e seus colaboradores, analisaram a contribuição da educação nutricional a partir das suas dimensões sociopolíticas, aplicando oficinas lúdico-pedagógicas semanais, sobre nutrição, saúde e envelhecimento, a 19 idosos entre os 61 e 79 anos. As sessões decorreram durante dois semestres, numa Universidade do Brasil, totalizando 31 sessões de duas horas. Entre as técnicas de ensino utilizadas estava a reflexão, o debate, os trabalhos e dinâmicas de grupo, comunicação oral, leitura e relaxamento com música. Entre os recursos audiovisuais utilizados destacaram-se cartazes, alimentos, embalagens de produtos alimentares; pirâmide dos alimentos, CDs e leitor de CDs. Concluíram que as oficinas lúdico-pedagógicas, para além de proporcionarem aos idosos conhecimentos sobre alimentação, ainda promoveram a interação social, e o interesse pela sua saúde.

McClelland e seus colaboradores (2015) investigaram se o canto, associado à educação nutricional, melhoraria o conhecimento dos idosos sobre nutrição. A amostra foi constituída por 463 idosos com mais de 60 anos, de vários países de Carolina do Norte. O grupo de intervenção (n= 237) cantou músicas com conteúdos nutricionais e o grupo de controlo (n=226) discutiu os mesmos temas, mas sem música sobre os conteúdos abordados. A música teve impacto muito positivo na aquisição de conhecimentos sobre nutrição, mostrando a relevância das metodologias expressivas na promoção da saúde.

Na China, Yan Chung e seus colaboradores (2014), avaliaram um programa que consistiu em seminários de nutrição com demonstrações culinárias, das refeições para um dia, feitas com alimentos saudáveis. Teve a duração de 3 semanas e contou com 60 idosos, tendo como objetivo aumentar a motivação para cozinhar mais e melhorar o seu estado nutricional. Concluíram que no final do programa o estado nutricional dos participantes estava melhor, o apetite aumentou, os conhecimentos e escolhas alimentares melhoraram e a maioria continuava a cozinhar 2 anos depois do programa, mostrando a importância das atividades culinárias para o estado nutricional dos idosos.

Coutinho e seus colaboradores (2016) também recorreram às atividades lúdicas, sendo a aplicação destas, um dos objetivos do estudo que envolveu 28 idosos institucionalizados. Durante as atividades lúdicas sobre nutrição, como alimentação saudável e hipertensão, foi-se notando o reforço dos conhecimentos que os idosos já tinham sobre nutrição, e a promoção de momentos agradáveis e de humor positivo, o que pode prevenir ou reduzir a sintomatologia depressiva.

Em 2013, na Coreia do Sul, Seo e seus colaboradores em uma amostra de 390 idosos com 65 anos ou mais, relataram que os idosos que tiveram companhia durante uma refeição ou um preparador de refeição apresentaram maior satisfação com a vida alimentar, observando uma correlação positiva entre esta satisfação, apoio social e satisfação com a vida em geral.

Na Flórida, Wright e seus colaboradores (2015), também analisaram a importância do fornecimento de refeições e da companhia durante as mesmas. Avaliaram o estado nutricional, a ingestão alimentar, o bem-estar, a solidão e os níveis de segurança alimentar de 51 idosos, que iam participar num serviço de refeições ao domicílio. Durante as refeições os idosos ficavam acompanhados pelos funcionários do serviço. Após a intervenção, para além da melhoria na ingestão e segurança alimentar, o sentimento de solidão diminuiu e o bem-estar aumentou, reforçando a correlação positiva entre nutrição e saúde mental do idoso.

3. Objetivos

Este estudo teve como finalidade o planeamento, implementação e avaliação de um programa de promoção da saúde através da educação nutricional que diminuísse o risco de desnutrição do idoso e promovesse a sua saúde mental e qualidade de vida.

Para alcançar esta meta, foram delineados quatro objetivos específicos, que sustentam o objetivo geral:

- 1) Melhorar a qualidade de vida do idoso.
- 2) Diminuir a sintomatologia depressiva;
- 3) Promover a interação social no idoso;
- 4) Diminuir o risco nutricional no idoso;

PARTE 2

4. Metodologia

No âmbito deste trabalho desenvolveu-se um estudo do tipo quasi-experimental com avaliação pré e pós intervenção, que decorreu na Associação de Defesa do Idoso e da Criança de Vilarinho na Lousã, no âmbito do consórcio AGA@4life. O AGA (Abordagem Geriátrica Ampla) teve como base a avaliação individual holística e multidisciplinar, de forma a implementar intervenções integradas de diversas áreas, como exercício físico, nutrição, estimulação cognitiva, monitorização de comorbilidades, aconselhamento fármaco-terapêutico, fisioterapia, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

4.1. Procedimentos

A intervenção foi apresentada à instituição como uma das partes integrantes do projeto AGA@4life da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Todas as questões éticas foram tratadas pelos responsáveis do projeto (Anexo I).

Foi garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade dos dados a ser recolhidos, foi-lhes transmitido os objetivos do programa e todos assinaram o consentimento informado (Anexo II).

A primeira etapa consistiu na primeira avaliação das variáveis em estudo (depressão, redes sociais, qualidade de vida e estado nutricional), cujos instrumentos serão descritos no ponto 4.3.

A segunda etapa consistiu na elaboração do programa de intervenção “Nutrição com companhia dá saúde e alegria!”, com base na revisão de literatura efetuada.

Na terceira etapa foram selecionados os idosos com base nos resultados da primeira avaliação (critérios de inclusão no ponto 4.2.1).

Na quarta etapa, o programa foi implementado durante 6 semanas com duas sessões semanais, cada uma com a duração de 90 minutos (descrição das sessões no ponto 4.4). No decorrer das sessões foi ainda utilizado um diário de bordo com o intuito de recolher informações, opiniões e manifestações dos idosos, relativas ao programa.

Na quinta e última etapa, avaliaram-se todos os idosos com os mesmos instrumentos utilizados na primeira avaliação.

4.2. Participantes

A população-alvo do projeto foram os 38 idosos inscritos nas valências de Centro de Dia (CD) e Apoio Domiciliário (AD) da instituição ADIC (Associação de Defesa do Idoso e da Criança) localizada em Vilarinho-Lousã, no distrito de Coimbra.

4.2.1. Amostra

A amostra não foi aleatória, mas por conveniência, uma vez que do total de 38 idosos foram selecionados 22, de acordo com os seguintes critérios:

- Critérios de exclusão: Indivíduos com idade inferior a 60 anos e indivíduos que não realizaram a avaliação basal foram excluídos;
- Critérios de inclusão: Para serem incluídos no programa os indivíduos tinham que apresentar pelo menos duas das seguintes situações: isolamento social, sintomatologia depressiva e risco de desnutrição.

Devido à não comparência dos idosos da valência de apoio domiciliário, o grupo de intervenção (GI) foi constituído por 11 indivíduos da valência CD, e os restantes 11, pertencentes à valência AD, constituíram o grupo controlo (GC).

4.2.2. Características gerais da amostra

Os idosos da amostra tinham idades compreendidas entre os 67 e os 92 anos. A média das suas idades é de 84,45 com desvio padrão (dp) de 7,44. A amostra foi dividida em dois grupos: um grupo sujeito à intervenção e um grupo de controlo, que não participou em quaisquer sessões. Quanto à idade, GI a média é de 82,55 (dp=8,04) e o GC tem uma média de idades de 86,36 (dp=6,59).

Através da análise da Tabela 1 podemos verificar que em ambos os grupos, o intervalo de idade 85-94 é o que tem mais idosos, 5 no GI e 8 no GC, enquanto o intervalo de idade 65-74 é o que tem menos idosos, 2 no GI e 1 no GC. Entre os 75-84 anos o GI tem 4 idosos e o GC tem 2.

Tabela 1 – Características Gerais da Amostra

		GI		GC		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	10	90,9	9	81,8	19	86,4
	Masculino	1	9,1	2	18,2	3	13,6
Idade	65-74	2	18,2	1	9,1	3	13,6
	75-84	4	36,4	2	18,2	6	27,3
	85-94	5	45,1	8	72,8	13	59,1
Estado Civil	Solteiro	2	18,2	0	0	2	9,1
	Casado	1	9,1	3	27,3	4	18,2
	Viúvo	7	63,6	6	54,5	13	59,1
	Divorciado	1	9,1	2	18,2	3	13,6
Escolaridade	Analfabeto	7	63,6	1	9,1	8	36,4
	1 ano	0	0	1	9,1	1	4,5
	2 anos	0	0	2	18,2	2	9,1
	3 anos	4	36,4	1	9,1	5	22,7
	4 anos	0	0	6	54,5	6	27,3

Quanto ao sexo, o GI foi constituído por 10 idosos do sexo feminino e 1 do sexo masculino, enquanto o GC contou com 9 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

Ao analisar o estado civil, verifica-se que apenas o GI tem idosos solteiros ($n=2$) e que em ambos os grupos a maioria dos idosos são viúvos ($n=13$), 7 no GI e 6 no GC. O GI tem 1 idoso casado e 1 divorciado, enquanto o GC tem 3 casados e 2 solteiros.

Ao analisar as suas habilitações, verificamos que a maioria do GI não teve estudos ($n=7$), sendo analfabetos. Enquanto no GC todos os idosos estudaram, tendo tido a maioria 4 anos de estudos ($n=6$).

A análise das características gerais da amostra, mostra grupos semelhantes quanto ao sexo, idade e estado civil, mas quanto à escolaridade os grupos são muito diferentes.

4.3. Instrumentos e outras formas de avaliação

Como instrumentos de recolha de dados, contámos com o questionário sociodemográfico (Anexo III), com a Escala de Depressão Geriátrica (Anexo IV), com Escala de Redes Sociais de Lubben (Anexo V) e WHOQOL-OLD - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (Anexo VI) e com a Mini Avaliação Nutricional (Anexo VII), que foi aplicada por outros investigadores do projeto, da área da nutrição. Depois da implementação do programa, os idosos responderam a um questionário de avaliação das atividades (Anexo VIII).

4.3.1. Questionário Sociodemográfico

Inicialmente, e de forma a caracterizar a amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico, onde se pretendeu identificar a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias e a valência de apoio.

4.3.2. Escala de Depressão Geriátrica

A Geriatric Depression Scale, foi construída por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, em 1982, sendo considerada pelos autores o único instrumento elaborado com o propósito específico de ser aplicado a pessoas idosas, eliminando a confusão entre sintomas depressivos e manifestações próprias da velhice.

Utilizou-se a validação mais recente de Pocinho e colaboradores (2009), com uma boa medida de consistência interna ($\alpha=0,91$) e de confiabilidade (0,94), o que demonstra que a EDG é altamente confiável como instrumento de triagem de depressão geriátrica. É uma escala dicotómica (“sim” ou “não”), composta por vinte e sete itens que se referem à forma como o idoso se tem sentido, principalmente na semana anterior. Como

procedimento para a cotação da EDG, os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19 e 21, devem ser pontuados com um ponto se a resposta for “Não”. Os itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28, terão a cotação de um ponto se resposta for “Sim”.

Os valores normativos identificados no estudo de Pocinho et al. (2009) sugerem que a identificação de 11 ou mais valores da EDG indicam sintomatologia depressiva em idosos.

4.3.3. Escala de Redes Sociais de Lubben

A Escala de Redes Sociais de Lubben foi desenvolvida em 1988 por Lubben, sendo constituída por 10 itens (Lubben, 1988). Tendo em conta as dificuldades dos idosos em completar instrumentos longos, foi proposta uma versão reduzida da escala por Lubben & Gironde (2003) para facilitar a sua aplicação. Esta versão foi traduzida e validada para a população portuguesa por Ribeiro e colaboradores em 2012, apresentando uma consistência interna adequada, tanto para o valor total da escala ($\alpha = 0,798$), como para as subescalas “Família” ($\alpha = 0,756$) e “Amigos” ($\alpha = 0,732$).

A Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) é composta por 6 questões, as três primeiras avaliam as relações familiares e as outras três repetem as primeiras, mas dirigindo-se às relações de amizade. Cada pergunta tem a possibilidade de 5 respostas (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”) que são pontuadas de 0 a 5, respetivamente. A pontuação da escala varia de 0 a 30 pontos.

O ponto de corte de classificação das redes sociais de idosos é o valor 12. Ou seja, valores abaixo de 12 indicam isolamento social (Ribeiro et al., 2012).

4.3.4. Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde

Atendendo à necessidade de avaliar a qualidade de vida dos idosos foi criado o Grupo WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module Group), que elaborou o instrumento WHOQOL-OLD - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde.

A versão para português europeu do WHOQOL-OLD foi validada por Vilar (2015), com consistência interna excelente para avaliação geral ($\alpha = 0,91$) e de adequada a excelente para as facetas, variando de 0,72 a 0,94.

Utilizou-se a versão que inclui 28 itens que compreendem 7 facetas, com 4 itens cada: 6 facetas originais (que já pertenciam ao questionário original), relativas a Funcionamento sensorial - SAB (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação; itens 1, 2, 3,

20), Autonomia - AUT (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões; itens 4, 5, 6, 11), Atividades passadas, presentes e futuras - PPF (avalia a satisfação com objectivos alcançados na vida e projetos a realizar; itens 12, 13, 15, 19); Participação social - SOP (avalia a participação em atividades do quotidiano/ de vida diária, especialmente na comunidade; itens 14, 16, 17, 18); Morte e morrer – DAD (avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer; itens 7, 8, 9, 10); Intimidade - INT (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas; itens 21, 22, 23, 24); e uma nova faceta resultante da adaptação, validação e normalização para a população portuguesa, Família/Vida familiar - FAM (avalia a satisfação com o tempo de contacto, o suporte e as relações familiares; itens 25, 26, 27, 28), identificada como relevante para a população portuguesa, do ponto de vista cultural e psicométrico.

Os itens do WHOQOL-OLD apresentam escala de resposta tipo Likert de cinco pontos (1, 2, 3, 4, 5). No entanto, os itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10 são cotados de forma invertida (5, 4, 3, 2, 1), sendo necessário recodificar a escala.

O WHOQOL-OLD permite obter indicadores globais (total 28 itens) e por faceta, correspondendo a valores mais elevados uma QdV mais elevada (Vilar et al., 2015).

De acordo com Vilar (2015), os dados normativos indicam que valores totais a partir de 92,72 (17,03) indicam melhor QdV. Quanto aos valores por facetas, os dados normativos são: SAB- 14,71 (3,88); AUT- 13,05 (3,19); PPF- 12,65 (2,93); SOP- 13,13 (3,69); DAD- 12,17 (4,00); INT- 11,99 (5,27); FAM- 15,01 (3,29).

4.3.5. Mini Avaliação Nutricional (MNA)

O instrumento de Mini Avaliação Nutricional (MNA; Nestle Nutrition, Vevey, Suíça) foi desenvolvido e validado por Guigoz e colaboradores em 1994, para triagem nutricional em idosos. Em 2001, Rubenstein e colaboradores desenvolveram o MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form), de forma a tornar a ferramenta mais prática, mas preservando a exatidão original. A sua validação, por Loureiro (2008), para a população portuguesa, mostrou uma consistência interna razoável ($\alpha=0,729$).

O MNA-SF é constituído por 6 itens: índice de massa corporal (IMC), perda de peso, doença aguda, mobilidade, distúrbios neuropsicológicos, e anorexia/dificuldades na ingestão alimentar. A pontuação máxima do MNA-SF é de 14 pontos. Se o total de pontos for entre 12 e 14 o estado de nutrição é normal, mas um total igual ou inferior a 11 pontos indica risco de desnutrição recomendando-se a aplicação do MNA.

O MNA inclui 5 itens: avaliação antropométrica (peso, altura, perímetro do braço e da perna), avaliação do estado geral (estilo de vida, medicação e mobilidade), avaliação de hábitos alimentares (número de refeições, ingestão e autonomia alimentar) e

avaliação subjetiva (auto-perceção da saúde e nutrição). A cada opção de resposta é atribuída uma pontuação e o total da soma desses pontos permite avaliar o risco nutricional do idoso. Valores de 24 a 30 indicam estado de nutrição normal, entre 17 e 23,5 indicam risco de desnutrição e valores inferiores a 17 indicam que o idoso está desnutrido.

O MNA é, então, uma ferramenta composta por duas etapas: inicia-se com o controle (MNA-SF) e caso a soma seja igual ou inferior a 11, segue-se com o MNA completo, para determinar o escore do indicador de desnutrição.

4.3.6. Questionário de avaliação final

Com o objetivo de avaliar a opinião dos idosos sobre o programa de intervenção, foi elaborado e aplicado um questionário final constituído por 10 questões com respostas psicométricas baseadas na escala de *Likert* e uma questão de resposta aberta. Permitiu avaliar a satisfação dos idosos quanto às sessões, temas, atividades, relacionamento interpessoal, valorização pessoal, divertimento e novas experiências, terminando com opiniões pessoais e/ou sugestões.

4.3.7. Tratamento de dados

Os dados recolhidos através dos instrumentos anteriormente referidos foram tratados estatisticamente no programa *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences), versão 23 para *Windows*. Para descrever os dados foram utilizados quadros de frequências, média (\bar{x}) e desvio padrão (dp). As diferenças entre os grupos e entre os dois momentos de avaliação foram analisadas recorrendo ao teste não paramétrico Wilcoxon para duas amostras emparelhadas. Foram, também, analisadas *crosstabs* das variáveis em estudo em relação aos dois grupos e aos dois momentos de avaliação.

4.4. Programa de Intervenção

O programa de intervenção foi composto por 12 sessões de Educação Nutricional, baseadas na Roda dos Alimentos Mediterrânica, com a duração de 90 minutos cada, duas vezes por semana e foi denominado “Nutrição com companhia dá saúde e alegria!” Cada sessão foi dividida em três partes:

- A parte inicial consistiu numa abordagem ao tema, recorrendo a técnicas pedagógicas como: chuva de ideias, visualização e reflexão de vídeos, músicas, histórias, entre outras.
- As sessões foram desenvolvidas recorrendo a atividades artísticas, realizadas individualmente ou em grupo, com carácter expressivo, criativo e lúdico, de forma a

melhorar a escolha alimentar, mas também a proporcionar bem-estar, humor positivo e interação social, com partilha de experiências, memórias e afetos.

- No final de cada sessão, foi feita uma reflexão sobre o tema e a sessão e a avaliação da mesma, com opiniões e sugestões, registadas no diário de bordo.

De seguida é apresentado um resumo das 12 sessões (descrição detalhada no Anexo IX):

Sessão 1 - Os alimentos andam à Roda: Iniciou-se com a apresentação da nutricionista, dos participantes e do programa. A abordagem ao tema da sessão 1 foi feita com o visionamento do vídeo interativo “Roda dos Alimentos Mediterrânica”, que deu origem a um debate sobre o mesmo. Seguiu-se uma atividade de grupo, em que cada elemento tinha que colocar a figura de um alimento, previamente distribuído, no grupo correspondente da roda dos alimentos, que, se encontrava em branco. Esta sessão procurou familiarizar os participantes com a Roda dos Alimentos e os princípios da Dieta Mediterrânica, ao mesmo tempo que estimulava a interação social e a coesão grupal.

Sessão 2 - Já bebeu ÁGUA hoje? O tema foi abordado através de um póster sobre a hidratação. Durante a sua apresentação foram feitas várias perguntas promotoras de debate. No final, os idosos, após identificarem algumas ervas aromáticas, especiarias e alimentos, fizeram água aromatizada e tisanas para beberem. A sessão teve como principais objetivos, aumentar o consumo de água e proporcionar autonomia na execução de tarefas, ao mesmo tempo que promovia a interação social entre os participantes.

Sessão 3 - Sopa Real: Foi iniciada com um debate sobre as sopas preferidas dos participantes e com a importância dos produtos que as constituíam. Seguiu-se um exercício, em grupo, de organização de passos de várias receitas de sopa e decorou-se uma abóbora para a comemoração do “Dia das bruxas”. Nesta sessão procurou-se valorizar o consumo de sopa com produtos hortícolas e, simultaneamente, provocar reminiscências, humor positivo e promover as relações sociais.

Sessão 4 - Peguei, trinkei, meti-te na cesta!: Começou com a música “Amor de Água Fresca”, sendo o mote para falar de fruta. Os idosos puderam identificar, e provar, fruta em puré, fruta assada e fruta cozida. Procurou-se estimular o consumo de fruta, aumentar as escolhas alimentares e promover a socialização e o humor positivo.

Sessão 5 - Família “Leite”: Um conjunto de figuras de laticínios e de “intrusos” foram mostrados aos idosos, tal como vários rótulos alimentares. Após um debate sobre os laticínios, o que eram, em que consistiam, os idosos tiveram a tarefa de relacionar os rótulos com as figuras de alimentos correspondentes. De forma a aumentar as escolhas

alimentares, proporcionar autonomia e socialização, os idosos fizeram gelatina de iogurte para todos os utentes e funcionários.

Sessão 6 - Feijão Mágico: Teve início com um debate sobre leguminosas. Uma vez que os idosos não sabiam nenhuma história com ou sobre leguminosas, fez-se a leitura de duas histórias (“João e o pé de feijão” e “A princesa e a ervilha”) ao mesmo tempo que passavam os vídeos no computador. Discutiu-se a magia das leguminosas para o organismo e partilharam-se receitas de húmus (puré de grão), que os idosos não quiseram fazer porque não combinava com o almoço do dia e acabaria por se estragar. Esta sessão procurou aumentar o consumo de leguminosas e proporcionar humor positivo, socialização e provocar reminiscências.

Sessão 7 - Ciclo do mel: Nesta sessão celebrou-se o “Dia Mundial da Alimentação”, com os idosos a fazerem o teatro “Ciclo do mel”. A escolha das personagens e a distribuição das falas foi feita na sessão anterior, para que os idosos se pudessem preparar. O cenário e o guarda-roupa foram feitos pela nutricionista. A peça terminou com a canção “Ciclo do mel” com uma ligeira adaptação para o Dia Mundial da Alimentação. Após terminar o teatro, foi feito um debate sobre o mel. Esta sessão procurou diminuir o consumo de açúcar e promover a interação social e o humor positivo.

Sessão 8 - Apanha da azeitona: Iniciou com o visionamento de um vídeo sobre a apanha da azeitona. Depois de visionarem o vídeo e de terminar o debate sobre gorduras saudáveis como o azeite e os frutos oleaginosos, os idosos descascaram amendoins para triturar e fazer manteiga de amendoim. Todos provaram um pouco de pão com manteiga de amendoim. Uma sessão que procurou provocar interações sociais, proporcionar reminiscências, promover autonomia e aumentar as escolhas alimentares.

Sessão 9 - Sal de Ervas: Com o objetivo de diminuir o consumo de sal e proporcionar autonomia, foram discutidos os malefícios do consumo de sal em excesso e os idosos puderam fazer sal de ervas. O sal de ervas consistiu numa mistura triturada de sal e ervas aromáticas que os participantes trouxeram de casa. Todos puderam levar para casa um pouco de sal de ervas.

Sessão 10 - Carne ou peixe? Ovo! Foi abordada a importância do segundo prato. Os idosos partilharam as receitas dos seus pratos preferidos e elaborou-se um “Livro de receitas” com essas partilhas. Esta sessão teve como principais objetivos aumentar o consumo de proteína de alto valor biológico, ao mesmo tempo que proporcionava momentos de socialização e partilha de memórias.

Sessão 11 - Alimentação segura a 5 chaves! Debateu-se a segurança alimentar através de 5 “chaves”. Após a apresentação da primeira chave, os quatro grupos de

idosos, cada um com uma chave, também fizeram o mesmo, apresentaram a sua chave, explicando e debatendo. Com esta sessão procurou-se aumentar a segurança alimentar dos idosos e proporcionar momentos de socialização e interação em grupo.

Sessão 12 - Reflexão Nutritiva: Esta sessão teve como objetivos a reflexão e avaliação do programa. Os idosos preencheram um questionário de avaliação do programa e deixaram opiniões e sugestões sobre o mesmo. No final, os idosos jogaram o “dominó curvo de frutas”, o que proporcionou interação social e humor positivo.

5. Resultados

5.1. Momento Inicial

Observando a Tabela 2, podemos analisar o primeiro momento de avaliação e verificar que, relativamente à sintomatologia depressiva, os idosos estavam igualmente distribuídos pelos GI e GC. Cada grupo tinha dez idosos que apresentavam sintomatologia de depressão ligeira e um que não apresentavam sintomatologia depressiva.

Tabela 2 - Resultados do primeiro momento de avaliação

		GI		GC		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
EDG	Ausência de depressão	1	9,1	1	9,1	2	9,1
	Sintomatologia depressiva	10	90,9	10	90,9	20	90,9
ERSL	Sem isolamento social	5	45,5	7	63,6	12	54,5
	Isolamento social	6	54,5	4	36,4	10	45,5
QdV	Superior ao valor normativo	5	45,5	3	27,3	8	36,4
	Inferior ao valor normativo	6	54,5	8	72,7	14	63,6
MNA	Estado Nutricional Normal	3	27,3	6	55,5	9	40,9
	Risco de Desnutrição	6	54,5	5	45,5	11	50
	Desnutrido	2	18,2	---	---	2	9,1

Quanto às Redes Sociais, dez idosos apresentavam isolamento social, seis estavam no GI e quatro no GC. Mais de metade dos idosos não apresentava isolamento social (n=12), pertencendo a maioria ao GC (n=7). Já no GI, mais de metade dos idosos (54,5%) apresentam isolamento social.

No MNA, sete idosos apresentavam estado de nutrição normal, três no GI e seis no GC. Os restantes cinco idosos do GC apresentavam risco de desnutrição. O GI tinha, ainda, seis idosos em risco de desnutrição e dois idosos desnutridos.

Analisando a QdV, mais de metade dos idosos apresentavam valores abaixo dos dados normativos ($n=14$), sendo que seis estavam no GI e oito no GC. Nos restantes oito idosos, apesar de estarem acima do valor normativo para uma boa QdV (92,72), o valor não ultrapassou os 97, com a exceção de um dos idosos que apresentou um valor de QdV elevado (130/140), pertencendo ao GC.

Quanto ao risco nutricional, só se encontram idosos desnutridos no GI (18,2%), e a maioria está em risco de desnutrição (54,5%). No GC, a maioria dos idosos não apresenta risco de desnutrição (55,5%).

Em relação aos resultados da EDG e da QdV, verifica-se equidade de grupos, uma vez que a grande maioria dos idosos apresentam sintomas depressivos e valores de percepção de QdV abaixo dos valores normativos.

Tabela 3 – Valores médios QdV por facetas e grupos

		GI		GC		VN	
		\bar{x}	dp	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp
Facetas QdV	Funcionamento Sensorial	12,1	4,32	14,5	2,5	14,71	3,88
	Autonomia	14,5	4,25	15,5	2,11	13,05	3,19
	Atividades passadas, presentes e futuras	14,4	2,5	11,4	3,53	12,65	2,93
	Participação Social	13,5	3,07	13,4	2,58	13,13	3,69
	Morte e Morrer	11,6	3,29	12,3	4,38	12,17	4,00
	Intimidade	5,7	3,85	9,3	5,18	11,99	5,27
	Família/Vida Familiar	15,18	4,64	15	1,41	15,01	3,29

VN-Valores Normativos

Quanto às facetas da QdV- Tabela 3, a faceta “intimidade” tem valores médios muito baixos em ambos os grupos, 5,7 ($dp=3,85$) no GI e 9,3 ($dp=5,18$) no GC, quando comparados com o valor normativo: 11,99 ($dp=5,27$). A faceta “morte e morrer” apresenta uma média de 11,6 ($dp=3,29$) no GI e média de 12,3 ($dp=4,38$) no GC, valores muito próximos do normativo: 12,17 ($dp=4,00$). A faceta “funcionamento sensorial” é a terceira mais baixa do GI, com média de 12,1 ($dp=4,32$), valor próximo do normativo: 14,71 ($dp=3,88$). A segunda faceta mais baixa, no GC, é a das “atividades passadas, presentes e futuras”, com média de 11,4 ($dp=3,53$), valor que vai de encontro aos dados normativos: 12,65 ($dp=2,93$). As facetas “família/vida familiar” e “autonomia” são as que apresentam valores mais altos, em ambos os grupos, apresentando valores próximos aos normativos: 15,01 ($dp=3,29$) e 13,05 ($dp=3,19$), respetivamente. A faceta “participação social” encontra-se no meio da tabela em relação aos valores médios, em ambos os grupos, com média de 13,5 ($dp=3,07$) e 13,4 ($dp=2,58$) para o GI e GC, respetivamente, valores muito semelhantes aos dados normativos: 13,13 ($dp=3,69$).

Analisando as tabelas do Anexo X, bem como a base de dados, verifica-se que, no GI, inicialmente, os idosos preenchiam pelo menos dois critérios de inclusão. Dos três idosos com estado de nutrição normal, dois estavam abaixo do valor normativo para a QdV e tinham sintomas depressivos, enquanto o que tinha o valor de QdV acima dos valores normativos, tinha sintomatologia depressiva e isolamento social. Quanto aos idosos em risco de desnutrição (n=6), os três que apresentavam um valor de QdV superior ao ponto de corte, no entanto, tinham também isolamento social. Destes três, dois apresentavam sintomatologia depressiva. Os restantes três em risco de desnutrição, apresentavam valores normativos de QdV abaixo da referência (92,72), em simultâneo tinham sintomas depressivos e isolamento social. Os dois idosos desnutridos do GI também apresentavam sintomatologia depressiva, sendo que um deles ainda tinha isolamento social e QdV abaixo dos valores normativos.

Quanto ao GC, inicialmente, dois idosos apresentavam estado nutricional normal, no entanto, ambos apresentava sintomas depressivos e um deles, valores de QdV abaixo do ponto de corte e sofria de isolamento social. Os restantes cinco idosos que foram avaliados com o MNA, apresentavam risco de desnutrição, dos quais quatro apresentavam sintomas depressivos. Destes quatro, três tinham valores de QdV abaixo dos valores normativos, dos quais um apresentava, também, isolamento social.

5.2. Momento Final

Após a implementação do programa “Nutrição com companhia dá saúde e alegria”, que tinha como principal objetivo melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida, proporcionando humor positivo e interação social, os idosos de ambos os grupos foram novamente avaliados.

Tabela 4 – Valores médios dos resultados gerais do segundo momento de avaliação

		GI			GC		
		\bar{x}	dp	p	\bar{x}	dp	p
EDG	Avaliação Inicial	15,3	3,64	0,474	15,5	3,26	0,823
	Avaliação Final	14,3	7,14		15,5	5,2	
ERSL	Avaliação Inicial	10,8	3,68	0,893	13,3	6,65	0,016
	Avaliação Final	10,8	4,69		9,7	5,71	
QdV	Avaliação Inicial	87,1	9,44	0,284	91,3	14,4	0,010
	Avaliação Final	89,9	12,55		80,7	12,8	
MNA	Avaliação Inicial	20,7	3,61	0,285	19	1,32	0,552
	Avaliação Final	21,1	3,69		20,7	2,36	

Na Tabela 4 é apresentada uma visão geral dos valores médios dos resultados do segundo momento de avaliação. Apesar de não haver diferenças significativas quanto aos valores médios da EDG ($p=0,823$ no GC e $p=0,474$ no GI), no grupo submetido à intervenção (GI) os valores médios da QdV (total) subiram de 87,1 ($dp=9,44$) para 89,9 (12,55), no momento final, enquanto o GC, que não participou na intervenção, apresenta uma descida estatisticamente significativa ($p=0,010$) dos valores médios quanto à QdV (total), passando de 91,3 ($dp=14,4$) para 80,7 ($dp=12,8$). Quanto às redes sociais, no GI os valores médios mantiveram-se ($p=0,893$), mas no GC a descida de valores foi significativa ($p=0,016$), passando de uma média de 13,3 ($dp=6,65$) para uma média de 9,7 ($dp=5,71$). O estado nutricional dos idosos do GI também melhorou, apesar de a diferença não ser significativa ($p=0,285$), com os valores médios do MNA a subirem de 20,7 ($dp=3,61$) para 21,1 ($dp=3,69$). Esta melhoria também se observou no GC, mas apenas três idosos foram reavaliados quanto ao estado nutricional, um terço dos idosos reavaliados no GI ($n=9$), impossibilitando uma comparação dos resultados.

5.2.1 Depressão

Analisando a Tabela 5, verifica-se que em ambos os grupos, dois idosos deixaram de apresentar sintomatologia depressiva. No GI as descidas foram de 5 e 7 valores, enquanto no GC houve uma descida de 8 valores e uma descida de 1 valor. Pode-se observar que, apenas no GC, um dos idosos com ausência de depressão, passou a apresentar sintomas depressivos.

Tabela 5 – Sintomatologia depressiva: momento inicial vs. momento final

		Grupo Intervenção			Grupo Controle		
		EDG Final					
		Ausência Depressão	Sintomatologia Depressiva	Total	Ausência Depressão	Sintomatologia Depressiva	Total
EDG Inicial	Ausência Depressão	1	0	1	0	1	1
	Sintomatologia Depressiva	2	8	10	2	8	10

Segundo a análise do teste não paramétrico para amostras emparelhadas, Wilcoxon (Tabela 1, do Anexo XI), apesar de os resultados positivos serem os mesmos ($n=6$), o GC teve mais um caso negativo do que o GI ($n=5$), uma vez que no GI um idoso manteve o valor da avaliação inicial, Quanto aos idosos que tinham ausência de depressão, ambos com 9 valores, o do GC, com uma subida de 4 valores, passou a apresentar sintomatologia depressiva, enquanto o idoso do GI manteve ausência de depressão, descendo 8 valores, para o valor 1.

Em suma, apesar de o teste não ter apresentado resultados estatisticamente significativos nem para o GI, nem para o GC ($p=0,157$ e $p=0,564$, respetivamente), no GI, as descidas de sintomatologia depressiva foram mais expressivas, enquanto no GC o número de idosos que pioraram foi maior, sendo que o único idoso que tinha ausência de depressão passou a apresentar sintomas depressivos.

5.2.2 Redes Sociais

Observando a Tabela 6, pode-se concluir que, no GI, o número de idosos que deixou de ter isolamento social foi o mesmo número de idosos que passaram a ter isolamento social ($N=3$). Dos três idosos que deixaram de ter isolamento social, dois deles subiram para mais do dobro do valor inicial. No GC, os quatro idosos com isolamento social continuaram abaixo do ponto de corte. Dos restantes sete idosos, três passaram a apresentar valores de isolamento social.

Tabela 6 – Estádio de Redes Sociais: momento inicial vs. momento final

		Grupo Intervenção			Grupo Controle		
		ERSL Final					
		S/ Isolamento	C/ Isolamento	Total	S/ Isolamento	C/ Isolamento	Total
ERSL Inicial	S/ Isolamento	2	3	5	4	3	7
	C/ Isolamento	3	3	6	0	4	4

Com a análise do teste Wilcoxon (Tabela 2, do Anexo XI), verifica-se que os casos negativos do GC são quase o dobro ($n=9$) dos do GI ($n=5$), o que representa uma descida estatisticamente significativa ($p=0,016$), para os idosos que não participaram nas sessões. Apesar de o teste não apresentar diferenças estatisticamente significativas no GI, a análise por facetas (Tabela 2, do Anexo XI) mostra que mais de metade dos idosos do GI ($n=7$) melhorou os valores da faceta “família”. No GC mais de dois terços dos idosos pioraram em ambas as facetas, sendo que na faceta “amigos” houve uma descida estatisticamente significativa ($p=0,020$).

Em suma, o número de idosos que piorou foi muito superior no GC, com a faceta “amigos” a ser a mais afetada. No GI, a maioria dos idosos melhoraram, principalmente na faceta “família”.

5.2.3 Qualidade de Vida

Segundo o teste Wilcoxon (Tabela 3, do Anexo XI), os resultados negativos do GC ($n=10$) foram o dobro dos do GI ($n=5$), representando uma descida estatisticamente

significativa ($p=0,010$). Apenas um idoso melhorou a QdV, com uma pequena subida de 4 valores. No GI, os resultados positivos verificaram-se em cinco idosos e um idoso manteve o mesmo valor total.

Ambos os grupos passaram a ter menos um idoso com valor de QdV superior ao ponto de corte. No entanto, no GI, dois idosos melhoraram, enquanto no GC apenas um idoso não piorou, mas manteve um valor abaixo do de corte.

Analisando a Tabela 7, verifica-se que dos cinco idosos do GI com QdV acima dos valores normativos, um deles teve uma ligeira descida (de 93 para 92) ficando muito próximo do valor normativo (92,72). Os restantes seis idosos mantiveram-se abaixo desse valor, mas dois aumentaram o valor total. No GC, apenas três idosos tinham valores acima do valor normativo, sendo que todos baixaram o valor total e um dos três ficou abaixo do valor normativo. Os restantes oito idosos continuaram com valores abaixo do valor normativo, ocorrendo uma descida do valor em sete deles.

Tabela 7 – Estádio de QdV: momento inicial vs. momento final

		Grupo Intervenção			Grupo Controle		
		QdV Final					
QdV Inicial		Acima	Abaixo	Total	Acima	Abaixo	Total
	Acima	4	1	5	2	1	3
	Abaixo	0	6	6	0	8	8

Quanto às facetas da QdV (Tabela 3, do Anexo XI), no GC, a maioria dos idosos apresentou piores resultados, excepto na faceta “atividades passadas, presentes e futuras”, em que mais de metade dos idosos ($n=5$) apresentou melhores resultados. Nas facetas “funcionamento sensorial” (SAB), “autonomia” (AUT), “participação social (SOP) e “família/vida familiar” (FAM), os valores obtidos diminuíram significativamente ($p=0,028$; $p=0,048$; $p=0,015$ $p=0,020$, respetivamente). No GI, nas facetas “funcionamento sensorial”, “morte e morrer” e “intimidade”, a maioria dos idosos apresentaram resultados mais baixos, continuando a ser as mais afetadas, como no momento inicial. Em todas as outras facetas, a maioria dos idosos tiveram melhores resultados após a intervenção, com as facetas “participação social” e “família/vida familiar” a melhorar significativamente ($p=0,044$; $p=0,024$, respetivamente).

Em suma, no GI, a QdV melhorou, no valor total e em quatro das sete facetas avaliadas, sendo a “participação social” e a “família/vida familiar” as facetas que melhoraram mais significativamente. No GC, a QdV, piorou significativamente, no valor total e nas facetas funcionamento sensorial”, “autonomia”, “participação social e

“família/vida familiar”, tendo melhorado apenas na faceta “atividades passadas, presentes e futuras”.

5.2.4 Estado Nutricional

Ao analisar os dados da Tabela 8, verifica-se que dois idosos do GI mantiveram-se no estado de nutrição normal. Dos cinco idosos que estavam em risco de desnutrição, um passou a estado de nutrição normal. Um dos idosos que estava desnutrido melhorou e passou para risco de desnutrição, o outro manteve-se no estágio de desnutrição. No GC, os três idosos que foram avaliados continuavam em risco de desnutrição.

Apesar de só se verificarem duas subidas de estágio no GI, segundo o teste Wilcoxon (Tabela 4, do Anexo XI), mais de metade dos idosos (n=5) melhoraram o seu estado nutricional. O GC teve dois casos positivos e um negativo.

Tabela 8 – Estádio de MNA: momento inicial vs. momento final

		Grupo Intervenção				Grupo Controle			
		MNA Final							
		Estado Nut. Normal	Risco Desnutr.	Desnutr.	<u>Total</u>	Estado Nut. Normal	Risco Desnutr.	Desnutr.	<u>Total</u>
MNA Inicial	Estado Nut. Normal	2	0	0	2	0	0	0	0
	Risco Desnutr.	1	4	0	5	0	3	0	3
	Desnutr.	0	1	1	2	0	0	0	0

5.2.5 Diário de Bordo e Avaliação Final

Foi elaborada uma grelha de avaliação das sessões (Anexo XII) e dos registos efetuados destacam-se os seguintes comentários “Estou muito contente.”, “Que delicioso sabor a canela.”, “Gostamos muito de puré de grão.”, “Estou ansiosa por provar a gelatina.”, “Se soubesse que era assim, tão divertido, também tinha vindo” (Sr. M., da valência apoio domiciliário, durante a avaliação final).

As conversas e as risadas constantes, as cantorias frequentes enquanto faziam atividade de culinária, como “alecrim aos molhos” e “cheira bem, cheira a Lisboa” e as perguntas “Quando volta?” ou “O que vamos fazer da próxima vez?”, mostravam o entusiasmo com o programa. Em todas as sessões, foi visível que as atividades aumentaram o humor positivo, a interação social e a interajuda.

O gráfico do registo de presenças (Anexo XIII) e a tabela dos resultados do questionário de avaliação final (Anexo XIV), mostram que os idosos participaram de

forma assídua no programa e que a sua adesão ao mesmo foi bastante positiva. Todos os idosos do GI participaram em pelo menos dois terços das sessões e todos gostaram das atividades. Referem (90,9%) que as atividades foram muito divertidas e a grande maioria (81,8%) não preferia fazer outro tipo de atividades. Todos gostaram de trabalhar em grupo, com 63,6% a considerar que tem conhecimentos para partilhar. A maioria aprendeu, fez e comeu coisas novas e todos voltariam a participar no programa.

6. DISCUSSÃO

A análise da amostra deste estudo quanto ao sexo (90,9% de mulheres) sugere que a população idosa portuguesa é maioritariamente feminina, indo de encontro à informação estatística da Pordata de 2018, que refere que as mulheres têm uma esperança média de vida à nascença de 83 anos, descendo para 78 nos homens, havendo 178 mulheres idosas contra 121 nos homens idosos, por cada 100 jovens. A edição de 2018 da Pordata também afirma que dos idosos com 75 anos ou mais, 52% são mulheres, o que se pode observar na amostra deste estudo, onde 89,5% das mulheres idosas têm mais de 75 anos (FMMS, 2018).

Os idosos que participaram neste estudo, têm no máximo o ensino primário e 36,4% são analfabetos. Forsell (2000) estudou os factores preditores da depressão e concluiu que ter menos de oito anos de escolaridade aumenta o risco de depressão no idosos. Ou seja, a baixa escolaridade é um dos fatores de risco para a depressão na terceira idade (Sözeri-Varma, 2012). Neste estudo, o valor médio mais baixo de sintomas depressivos corresponde ao grupo de idosos analfabetos (14,87; $dp=3,44$), no entanto o valor mínimo verificado (9 valores) encontra-se no grupo destes oito idosos analfabetos e sete destes oito apresentavam sintomatologia depressiva. Estes dados vão de encontro aos achados anteriores e à associação significativa entre analfabetismo e depressão, referida por Marques e seus colaboradores (2017).

Neste estudo, 90,9% dos idosos apresenta sintomatologia depressiva, reforçando que esta é uma doença com alta prevalência na velhice, resultando muitas vezes das perdas comuns nesta fase do ciclo de vida, como a morte do cônjuge (Fontaine, 2000), o que se pode verificar na amostra deste estudo, onde 59,1 % dos idosos são viúvos, e 84,6% destes, apresentam sintomatologia depressiva. Carvalho (2016) refere que as perdas inerentes ao envelhecimento, como o emprego e a morte de amigos e familiares, levam a que o idoso se sinta mais sozinho, triste e deprimido.

Os sentimentos de solidão, provocados, a maioria das vezes, por fraco suporte familiar e social, também são comuns nos idosos deprimidos (Fernandes, 2014), o que justifica que 95% dos idosos deprimidos da amostra não tenham boas redes sociais.

Mais de dois terços dos idosos do GC pioraram significativamente ($p=0,020$) quanto à faceta “amigos” da ERS. L. Relembrando que o GC era constituído por idosos da valência “apoio domiciliário”, os resultados deste estudo sugerem que o centro de dia tem um papel importante na promoção de relações sociais, na manutenção e construção de amizades (Amarya et al., 2015). As atividades lúdicas promovidas em centros de dia, proporcionam momentos agradáveis (Coutinho et al., 2016). Marcondes e Machado (2017) defendem que, se as atividades tiverem como base as metodologias expressivas, ajudam na prevenção do isolamento social e da sintomatologia depressiva.

No presente estudo, no total dos 20 idosos deprimidos, apenas 25% dos idosos estavam nutricionalmente bem e os dois idosos desnutridos também tinham sintomatologia depressiva e sofriam de isolamento social. Estes resultados reforçam o impacto da depressão no estado nutricional do idoso, diminuindo-lhe os sinais de fome e a provocando falta de apetite e perda de peso, como defende Grunert e seus colaboradores (2017). Emerson e Carbert (2018) referem uma associação bidirecional entre nutrição e saúde mental, considerando que um desequilíbrio numa delas pode comprometer a qualidade de vida dos idosos, como se pode verificar no estudo realizado, onde mais de metade dos idosos (63,6%) não consideram ter uma boa qualidade de vida.

Tendo em conta que a dieta mediterrânica está associada a maior longevidade (Silva, 2013) e concordando com Marcondes e Machado (2017) quanto ao importante papel das metodologias expressivas na prevenção da depressão e do isolamento social, acreditou-se que um programa de educação nutricional que unisse os dois poderia interferir positivamente na qualidade de vida dos idosos, o que se confirma, uma vez que a QdV do grupo de intervenção melhorou significativamente em algumas facetas, considerando-se assim cumprido o primeiro objetivo do programa – **melhorar a QdV dos idosos**. No grupo de controlo a QdV (total) diminuiu significativamente ($p=0,010$). As facetas da QdV “participação social” e “família/vida familiar” também melhoraram significativamente, facetas que pioraram significativamente no grupo que não participou nas sessões. Segundo Antunes (2015), os idosos que participam em dinâmicas educativas ficam com melhor perceção da sua saúde e bem-estar, sentindo-se menos frágeis, o que melhora a sua qualidade de vida. Emerson e seus colaboradores (2018), sugerem que a alimentação pode promover a interação social, diminuir o isolamento social, a solidão, prevenindo a sintomatologia depressiva, concluindo que manter o

equilíbrio entre o bem-estar nutricional e emocional é essencial para a promoção da qualidade de vida na terceira idade.

Relativamente ao segundo objetivo – **diminuir a sintomatologia depressiva** - apesar de os resultados obtidos não mostrarem uma diminuição significativa, os valores diminuíram ligeiramente e a avaliação qualitativa do programa mostrou que esta intervenção proporcionou humor positivo e melhorou a autoestima. Ainda a referir que o GC teve mais casos negativos que o GI, o que leva a crer que os momentos agradáveis proporcionados pelas atividades desenvolvidas durante as sessões podem contribuir para a diminuição da sintomatologia depressiva, como concluíram Coutinho e seus colaboradores (2016). As atividades com caráter lúdico e expressivo, para além de serem uma forma agradável do idoso passar o tempo, permite que este liberte sensações e emoções de forma leve, num ambiente relaxado e familiar, ajudando a manter os pensamentos negativos e tristes afastados, prevenindo a sintomatologia depressiva (Marcondes & Machado, 2017). Considera-se que a realização de um maior número de sessões poderia ter um impacto mais significativo.

Quanto ao terceiro objetivo – **promover a interação social** - o valor médio total do GI não apresentou alterações significativas, no entanto, a faceta “família” melhorou em mais de metade dos idosos que participaram nas sessões, enquanto no GC ambas as facetas registaram menor valor, com a faceta “amigos” a ter uma descida estatisticamente significativa ($p=0,020$). O valor médio total do GC também piorou significativamente ($p=0,016$). A família e os amigos, são o primeiro suporte social do idoso e, segundo Marrachinho (2014), têm um importante papel na diminuição dos sentimentos de angústia comuns no envelhecimento, pois estas conduzem ao isolamento social, ao sentimento de solidão e, conseqüentemente, à depressão. Para Antunes (2015), a participação em intervenções educativas proporciona inclusão social e o aumento das redes sociais, combatendo assim o isolamento e a solidão. Este aumento do círculo de amigos transmite confiança aos idosos, o que lhes bem-estar físico e psicológico, e melhor qualidade de vida.

O quarto objetivo prendia-se com **diminuição do risco nutricional** e uma vez que, mais de metade dos idosos avaliados melhorou o seu estado nutricional e que, o valor médio total aumentou, considera-se que o objetivo foi cumprido. O estado nutricional do idoso é negativamente afetado pelo isolamento social e a depressão, uma vez que o idoso desmotiva e perde o interesse pela comida, diminuindo a ingestão alimentar (Martins, 2012).

Segundo Oliveira (2015), as metodologias expressivas, que requerem criatividade e imaginação, que proporcionam momentos animados e estimulantes, promovem um envelhecimento feliz e ativo e Bucho (2016) acrescenta que a criatividade potencia a promoção da saúde física, mental e social, concordando ambos, que os programas de Educação para a Saúde podem ser melhorados com a aplicação destas metodologias, em prol da qualidade de vida do idoso.

Milovanovic e os seus colaboradores (2016), referem que as intervenções nutricionais podem ter um papel importante e positivo na promoção do envelhecimento saudável. Uma estratégia que pode reduzir significativamente as despesas com saúde, contribuindo para melhorar a economia do país.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

O programa “Nutrição com alegria dá saúde e alegria!” tinha como principal objetivo melhorar a QdV dos idosos com um conjunto de sessões que melhorassem o seu estado nutricional e a sua saúde mental, uma vez que programas de promoção da saúde, com base na educação nutricional que utilizem metodologias expressivas podem melhorar a qualidade de vida dos idosos, pois proporcionam interação social, humor positivo e conhecimentos nutricionais de forma animada, como defende a literatura.

Os resultados mostraram melhorias nas quatro variáveis avaliadas. Mais de metade dos idosos (54,5%) diminuíram os sintomas depressivos, quanto às redes de suporte social, a análise por facetas mostrou que em 63,6% dos idosos melhoraram as interações familiares, enquanto o grupo de idosos que não participaram nas sessões tiveram uma descida significativa quanto à faceta “amigos”, mostrando a importância das atividades desenvolvidas nas sessões no impacto das interações sociais e do humor positivo. Mais de metade dos idosos (55,6%) melhorou o seu estado nutricional. A QdV dos idosos que participaram nas sessões melhorou, apesar das facetas “funcionamento sensorial”, “morte e morrer” e “intimidade” terem apresentado resultados mais baixos. Todas as outras facetas apresentaram melhores resultados após a intervenção, sendo que as facetas “participação social” e “família/vida familiar” melhoraram significativamente.

Este estudo teve como principais limitações, a discrepância em relação ao sexo dos indivíduos (19 mulheres e 3 homens), que impossibilitou a comparação relativamente ao sexo. O tamanho reduzido da amostra também limitou o estudo. As limitações auditivas e visuais também foram uma das limitações, prejudicando a interação social e a participação.

Uma das mais-valias deste estudo foi a homogeneidade dos grupos. Ambos eram constituídos por idosos com sintomatologia depressiva, sem boas redes sociais, estado nutricional comprometido e fraca perceção da qualidade de vida. A componente de intervenção, por si só, também foi uma grande valia, potenciada por estar integrada num projeto de abordagem ampla, com várias intervenções em simultâneo. O grupo de controlo permitiu clarificar o impacto da intervenção.

Programas mais longos, com sessões mais frequentes poderão ter um impacto mais positivo na saúde mental e na manutenção de estilos de vida saudáveis, podendo representar melhores resultados. Estudos de *follow up* também seriam de considerar, para avaliar a manutenção dos resultados. Uma amostra maior, distribuída por vários grupos, permitiria uma análise estatística mais robusta.

Educação, saúde holística e qualidade de vida são conceitos interligados, sendo indissociáveis, quando o objetivo é um envelhecimento bem-sucedido. É, portanto, importante aumentar a atenção aos padrões alimentares entre os idosos, que têm um papel fundamental na promoção da saúde e na longevidade, e criar intervenções eficazes nas mudanças de comportamento alimentar, melhorando a saúde física, mental e social. Além disso, as intervenções com caráter preventivo podem reduzir significativamente as despesas de saúde e melhorar a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, M., Júnior, F., Carvalho, C. (2008) Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. *Revista de Nutrição*, 21(4), 369-381.
- Amarya S, Singh K & Sabharwa M. (2018). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 78-84.
- André, B., Canhão, H., Espnes, G. A., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Nguyen, C. & Grønning, K. (2017). Is there a n associatio n between food patterns and life satisfaction among Norway's inhabitants ages 65 years and older? *Appetite*, 110, 108-115.
- Antunes, M. C. (2015). Educar para um envelhecimento bem sucedido: Reflexões e propostas de ação. *Teoria de la educacion*, 27 (2), 185-201. doi: 10.14201/teoredu2015272185201.
- (APN) Associação Portuguesa dos Nutricionistas.(2012). *Envelhecimento Activo: um guia para o ajudar a sentir-se sempre jovem*. Porto.
- (APN) Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa (2013). Porto: Colecção E-books APN: 31.
- Araújo, L., Ribeiro, O. & Paúl C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2 (1), 1-11.
- Ascensão, M. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: Implementação de um programa de intervenção*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, C., Pimenta, P., Real, H. (2017). Roda da alimentação mediterrânica e pirâmide da dieta mediterrânica: comparação entre os dois guias alimentares. *Acta portuguesa de nutrição*, 11, 6-14. doi: 10.21011/apn.2017.1102.
- Brandão, A., Vargas, V., Gomes, G., Pelzer, M., Lunardi, V. (2010). Educação Nutricional para Idosos e seus Cuidadores no Contexto da Educação em Saúde. *VITTALLE*, 22(1), 27-37.
- Bonaccio, M. (2018). Mediterranean diet and mortality in the elderly: a prospective cohort study and a meta-analysis. *British Journal of Nutrition*. 120, 841-854.
- Bucho, J. (2016). Metodologias expressivas na idade avançada: testemunho do grupo de desenvolvimento pessoal na ACSA-USILA. *Psicologia.pt: O Portal dos Psicólogos*, 1-25.
- Cabral J., Alencar D., Vieira J., Cabral L., Ramos V., Vasconcelos E. (2015). Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 1 (2), 71-75.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. *Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Carrondo, E. (2006). Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho.
- Carvalho N. (2016). *A importância da realização de atividades no processo do envelhecimento ativo de idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa de Braga.
- Ceriello, A., Esposito, K., Sala, L., Pujadas, G., Nigris, V., testa, R. & Genovese, S. (2014). The protective effect of the Mediterranean diet on endothelial resistance to GLP-1 in type 2 diabetes: a preliminary report. *Cardiovascular Diabetology*, 13 (140), 1-9.
- Coutinho, T., Viana, E., Rodrigues, S., Macedo, S., Lopes, C. & Faria, N. (2016). Educação nutricional para idosos institucionalizados na cidade de viçosa – MG. *Revista Científica Univiçosa*, 8 (1), 319-326.
- (DGS) Direção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.

- Ecco, I., Nogaro, A. (2015). A educação em Paulo Freire como processo de Humanização. Comunicação apresentada no Educere: 12º Congresso Nacional de Educação, Curitiba, 26 a 29 de Outubro.
- Emerson, D. S. & Carbert N. C. (2018). An apple a day: Protective associations between nutrition and the mental health of immigrants in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-018-1616-9.
- Eskelinen, K., Hartikainen, S. & Nykanen, I. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10, 43-45. doi: 10.1016/j.ijge.2015.09.001.
- Fazzio, D. (2012). Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. *Revista*, 1(1), 76-88.
- Fernandes, M. (2014). *Depressão e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Tese de mestrado apresentada à Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Ferraz, P. M. (2014). *Depressão e envelhecimento: Artigo de revisão*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Fjellström, C. & Sydnér, Y. M. (2017). Older People, Food, and Satisfaction With Life. In M. M. Raats, L. C. P. G. M. de Groot, & D. van Asselt (eds.), *Social Significance of Older People's Meals—Balancing Adaptive Strategies Between Ideals and Structure* (2nd ed.) (pp. 83-98). Elsevier Ltd. doi: 10.1016/B978-0-08-100348-0.00004-4
- (FMMS) Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2018). *Retrato dos Homens e das Mulheres PORDATA, Edição 2018*.
- Fontaine, R. (2000). Manual de psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(6), 259-263. doi: 10.1007/s001270050237.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., Nunes, C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 41-49. doi: 10.12707/RIV14030.
- Grosso, G., Marventano, S., D'Ursoc, M., Mistrett, A. & Galvanod, F. (2016). The Mediterranean healthy eating, ageing, and lifestyle (MEAL) study: rationale and study design. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 68 (5), 577-586. doi: 10.1080/09637486.2016.1262335.
- Grunert, K. G., Schnettler, B., Dean, M., & Raats, M. M. (2017). Older People, Food, and Satisfaction With Life. In M. M. Raats, L. C. P. G. M. de Groot, & D. van Asselt (eds.), *Food for the Aging Population* (2nd ed.) (pp. 3-24). Elsevier Ltd. doi:10.1016/B978-0-08-100348-0.00001-9
- (INE) Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*.
- J.D. Schoufour, T. Voortman, O.H. Franco, & J.C. Kieft-De Jong (2017). Older People, Food, and Satisfaction With Life. In M. M. Raats, L. C. P. G. M. de Groot, & D. van Asselt (eds.), *Dietary Patterns and Healthy Aging* (2nd ed.) (pp. 223-254). Elsevier Ltd. doi: 10.1016/B978-0-08-100348-0.00011-1.
- Kuroda, A., Tanaka, T., Hirano, H., Ohara, Y., Kikutani, T., Furuya, H., ... & Iijima, K. (2015). Eating Alone as Social Disengagement is Strongly Associated With Depressive Symptoms in Japanese Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Medical Association*, 16 (7), 578–585. doi: 10.1016/j.jamda.2015.01.078.
- Leitão, C. (2015). *A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Loureiro, H. (2008). *Validação do mini-nutritional assesment em idosos*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Luger, E., Dorner, T. E., Haider, S., Kapan, A., Lackinger, C. & Schindler, K. (2016). Effects of a Home -Based and Volunteer-Administered Physical Training, Nutritional, and Social Support Program on Malnutrition and Frailty in Older Persons: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7), 671.e9–671.e16. doi: 10.1016/j.jamda.2016.04.018.
- Maia, C., Castro, F., Fonseca, A. & Fernández, M. I. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*, 1 (1), 293-304. doi: 10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279
- Marcondes, A., Machado, M. (2017). Aplicando Arte ao Idoso: Qualidade de Vida e Sociabilidade. *Arte & Inclusão em Múltiplos Contextos - Anais do I Congresso Iberoamericano de Arte, Museus e Inclusão*.
- Marques, J., Sá, S., Filho, W., Santo, L., Prince, K., & Oliveira, M. (2017). Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos De Ciências Da Saúde*, 24(4), 20-24. doi:10.17696/2318-3691.24.4.2017.804.
- Marrachinho, A. (2014). *Qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve.
- Martins, E. (2012). O interface entre os aspetos afetivo-social e o comportamento alimentar de idosos frequentadores de centros de dia. *Atas do III Congresso Internacional de Gerontologia e Geriatria: “Juventude e maiores: envelhecimento ativo e solidariedade intra e intergeracionalidade” e “O adoecer, a doença e o envelhecimento ativo”*, 341-352.
- Masana, M., Tyrovolas, S., Kolia, N., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Haro, J. M., ... & Panagiotakos, D. B. (2019). Dietary Patterns and Their Association with Anxiety Symptoms among Older Adults: The ATTICA Study. *Nutrients*, 11 (1250), 1-12. doi:10.3390/nu11061250.
- McClelland, J., Jayaratne, K., & Bird, C. (2015). Use of Song as an Effective Teaching Strategy for Nutrition Education in Older Adults. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34 (1), 22-33, doi: 10.1080/21551197.2014.998327.
- Milovanovic, S., Collamati, A., La Milia, D., Falvo, F., Duplaga, M., Grysztar, M., Ricciardi, W., Magnavita, N., Moscato, U., Poscia, A. (2016). Effectiveness of nutritional interventions on healthy aging in older people: an umbrella review. 9th *European Public Health Conference: Parallel Sessions*, 181.
- Miranda, J. (2017). *Qualidade de vida de idosos da estratégia de saúde da família: demandas de saúde e preposição de intervenções multidimensionais*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Nestlé Nutrition Services (2009). Mini Avaliação Nutricional: versão portuguesa do Mini Nutritional Assessment (MNA), de Guigoz, Y. et al., 1994
- Neto A. (2015). *Promoção da Educação Biopsicossocial e Qualidade de Vida do Idoso Entre os 65 e 75 Anos de Idade na Cidade de Santa Inês, Estado do Maranhão, Brasil*. Paper presented at XV Safety, Health and Environment World Congress, Porto, Portugal, July 19 – 22. doi: 10.14684/SHEWC.15.2015.283-287
- (OCDE) Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018). *State of health in the UE: Pooling expertise strengthening knowledge – Resumo*.
- (OMS) Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa.
- (OMS) Organização Mundial de Saúde. (1998). *Health Promotion Glossary*.
- (OMS) Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: a policy framework*.
- (OMS) Organização Mundial da Saúde (2006). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*.

- (OMS) Organização Mundial de Saúde. (2015a). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*.
- (OMS) Organização Mundial de Saúde. (2015b). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde: resumo*.
- (OMS) Organização Mundial de Saúde. (2016). *Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde 2016-2020*.
- Paço, C. (2016). *“Solidão e Isolamento na Velhice”: Um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa.
- Pereira, J. (2012). *A Dieta “Mediterrânica” no “Estado” Mental no “Idoso*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Pocinho, M., Dias, C., Farate, C. (2009). Escala de Depressão Geriátrica (EDG): Tradução e adaptação portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al., 1983.
- Rebelo, A. (2015). *Envelhecer Ativamente num Lar de Idosos*. Trabalho Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S. & Paúl, C. (2012). Escala de Redes Sociais de Lubben: versão portuguesa da Lubben Social Network Scale, de Lubben & Gironde, 2003.
- Rocha, A. (2013). *Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social em Idosos Portugueses*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa.
- Rocha, J., Klein, O. & Pasqualotti, A. (2014). Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (1), 115-128.
- Salgado, A., (2015). *Adesão à dieta mediterrânica e controlo metabólico em Idosos com diabetes mellitus tipo 2*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa.
- Schneider, R. & Irigary, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Seo, S., Cho, M., Kim, Y., Ahn, J., 2013. The relationships among satisfaction with food-related life, depression, isolation, social support, and overall satisfaction of life in elderly South Koreans. *Journal of the Korean Dietetic Association*, 19 (2), 159–160. doi: 10.14373/jkda.2013.19.2.159.
- Silva, A. L. (2013). *A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade: artigo de revisão*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471.
- Tani, Y., Kondo, N., Takagi, D., Saito, M., Hikichi, H., Ojima, T. & Kondo, K. Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. *Appetite*, 95, 1-8. doi: 10.1016/j.appet.2015.06.005.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Valer, D., Bierhals, C., Aires, M., Paskulin, L. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (4), 809-819. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14042.
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do Whoqol-old para a população portuguesa*. Tese de

- Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Wright, L., Vance, L., Sudduth, C. & Epps, J. (2015) The Impact of a Home-Delivered Meal Program on Nutritional Risk, Dietary Intake, Food Security, Loneliness, and Social Well-Being. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34 (2), 218-227. doi: 10.1080/21551197.2015.1022681.
- Yan Chung, L. & Yee Chung, J. (2014). *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(2), 315-320. doi: 10.6133/apjcn.2014.23.2.18.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Comissão de Ética

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE COIMBRA Nº 8/2018

Aos 20 dias do mês de março de 2018, reuniu a Comissão de Ética do IPC (CEPC) para apreciação da proposta de projeto *“AGA@4life: AGA - Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável - implementação de um programa de intervenção integrado e multidisciplinar”*.

Trata-se de um estudo a realizar pela Escola Superior de tecnologia da Saúde de Coimbra, em parceria com o instituto politécnico de Tomar, o Instituto Politécnico de castelo Branco, a Associação de Defesa do Idoso e da criança de Vilarinho-Lousã (ADIC), e a Câmara Municipal da Lousã, cujo objectivo principal se centra em desenvolver um programa de intervenção baseado na AGA, a fim de promover um envelhecimento ativo e saudável. A ação estratégica centra-se na valorização da pessoa idosa, pela promoção da saúde e bem-estar, da independência e autonomia, da mobilidade e da oportunidade para contribuir na comunidade em que se insere.

Os investigadores pretendem efetuar uma avaliação diagnóstica inicial do estado de saúde geral dos participantes, posteriormente será efetuada uma colheita de sangue, e avaliado o sistema cardiovascular, respiratório, musculo-articular e auditivo. Serão efetuados testes para avaliar o seu risco de queda e o estado funcional, e serão aplicados vários questionários para avaliar a alimentação, medicação e qualidade de vida. Com base nos resultados obtidos na primeira avaliação, os investigadores irão propor um plano de intervenção personalizado e acompanhado aos participantes, incluindo a promoção do exercício físico, a educação nutricional, a estimulação cognitiva, o aconselhamento fármaco-terapêutico, e a promoção global do bem-estar. Cerca de 6 meses depois, os exames serão repetidos com o objetivo de verificar os benefícios para a sua saúde da intervenção feita.

O referido projeto é cofinanciado pelo Fundo Europeu de desenvolvimento Regional (FEDER), através do Acordo de Parceria Portugal 2020 – Programa Operacional Regional do Centro (CENTRO 2020), será realizado nas instalações da ADIC – Associação de Defesa do Idoso e da Criança de Vilarinho-Lousã, e será liderado por um Investigador com sólida experiência na área. Encontra-se bem fundamentado, em termos de objetivos, e metodologia a utilizar, sendo de fácil leitura e compreensão, e do qual poderão resultar conclusões científicas interessantes, e o investigador responsável expressa garantir a total conformidade com todos os princípios éticos e deontológicos e de todos os princípios de confidencialidade, anonimização de dados, obtenção do consentimento livre e esclarecido, bem como o cumprimento cabal das recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais nomeadamente no que diz respeito à investigação em material biológico.

Estando salvaguardados os aspetos éticos da investigação e de acordo com o disposto no nº 3 do art. 6º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, não tem esta Comissão de Ética (CEPC) nada a opor quanto ao desenvolvimento do estudo.

Decisão: **Deferido**

Coimbra, 20 de março de 2018.

ANEXO II – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: AGA@4life: AGA - Abordagem Geriátrica Ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável - implementação de um programa de intervenção integrado e multidisciplinar.

Enquadramento: Trabalho realizado pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra, em parceria com o Instituto Politécnico de Tomar, o Instituto Politécnico de Castelo-Branco, a ADIC – Associação de Defesa do Idoso e da Criança de Vilarinho-Lousã, e a Câmara Municipal da Lousã.

Explicação do estudo: Este projeto visa a promoção de um envelhecimento ativo e saudável através de uma intervenção multidisciplinar inovadora. Para tal, será feita uma avaliação diagnóstica inicial por profissionais qualificados, recorrendo a recursos técnicos validados e seguros, com o objetivo de identificar o seu estado de saúde geral. Será feita uma colheita de sangue para avaliação do estado de saúde geral, bem como exames para avaliar o seu sistema cardiovascular, respiratório, musculo-articular e auditivo. Serão feitos vários testes para avaliar o seu risco de queda e o seu estado funcional, e vários questionários para avaliar a sua alimentação, medicação e qualidade de vida. Com base nos resultados obtidos nesta primeira avaliação, iremos propor um plano de intervenção personalizado e acompanhado, incluindo a promoção do exercício físico, a educação nutricional, a estimulação cognitiva, o aconselhamento fármaco-terapêutico, e a promoção global do bem-estar. Cerca de 6 meses depois, os exames serão repetidos com o objetivo de verificar os benefícios para a sua saúde da intervenção feita. Esperamos, com esta ação, contribuir para melhorar a sua saúde e bem-estar, a sua independência e autonomia, a sua mobilidade e a oportunidade para contribuir na comunidade em que se insere.

Todos os procedimentos serão feitos nas instalações da ADIC – Associação de Defesa do Idoso e da Criança de Vilarinho, Lousã, num ambiente tranquilo e com garantia de privacidade. Todos os métodos utilizados são seguros, não existindo qualquer risco ou experiência dolorosa da sua utilização, à exceção da que decorre da colheita da amostra de sangue.

Condições e financiamento: A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Todos os procedimentos serão feitos de forma gratuita. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Cofinanciado por:



Este projeto é cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Acordo de Parceria Portugal 2020 - Programa Operacional Regional do Centro (CENTRO 2020). O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra.

Confidencialidade e anonimato:

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo em nenhum material referência a dados de identificação. Após a análise de toda a informação recolhida, todos os dados serão guardados numa base de dados encriptada e protegida por palavra-passe. Todo o material biológico remanescente será destruído imediatamente após a obtenção dos parâmetros de interesse. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o estudo.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Assinatura:

Telmo António dos Santos Pereira, Ph.D.

Investigador Principal do Projeto

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)	
NOME:	DATA OU VALIDADE /..... /.....
BI/CC Nº: GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA:	

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Cofinanciado por:



ANEXO III – Questionário Sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico

Projeto CENTRO-01-0145-FEDER-023369

AGA@4life

AGA - Abordagem Geriátrica Ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável - implementação de um programa de intervenção integrado e multidisciplinar.



CRF (Case Report Form) Individual

Identificação

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
 Dia Mês Ano

Identificação N^o |__|__|__|__|__|

Iniciais do Nome |__|__|__| Iniciais do Apelido |__|__|__|

Género ☐ M ☐ F

Idade |__|__| anos Data de Nascimento |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
 Dia Mês Ano

Escolaridade _____ Profissão _____

Agregado Familiar _____ ☐ ☐

Consentimento informado assinado ☐ Sim ☐ Não

Cumpr. critérios de inclusão ☐ Sim ☐ Não

Avaliação n^o ☐ 1 ☐ 2

Declaração de Eventos Clínicos* ☐ Sim ☐ Não
Se Sim, qual _____

* de novo: AVC/AIT; EAM; IRC; DAOP; Perda Sensorial; Queda; Cegueira;...

Valência de apoio:

Centro de dia ☐

Apoio domiciliário ☐

Estado Civil:

1. Solteiro ☐

2. Casado/União de Fato ☐

3. Viúvo ☐

4. Divorciado/Separado ☐

5. Não responde ☐

A sua casa fica situada: Na cidade ☐

Na Vila/aldeia ☐

ANEXO IV- Escala de Depressão Geriátrica



II – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

(Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Amaral Dias, Carlos Farate (2009))

	Sim	Não
1 - Está satisfeito com a sua vida atual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Abandonou muitas das suas atividades e interesses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Sente que a sua vida está vazia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Anda muitas vezes aborrecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Encara o futuro com esperança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Fica muitas vezes inquieto e nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Anda muitas vezes preocupado com o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Preocupa-se muito com o passado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-Sente-se cheio de interesse pela vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Custa-lhe muito meter-se em novas atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Sente-se cheio de energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23-Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24-Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25-Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26-Sente dificuldade em se concentrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28-Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO V- Escala de Redes Sociais de Lubben



Instituto Politécnico de Tomar

Instituto Politécnico de Castelo Branco

III- Escala de Redes Sociais de Lubben

(Lubben&Gironda, 2003; Versão portuguesa Ribeiro et. al, 2012)

A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”).

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 a mais
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ANEXO VI - WHOQOL-OLD - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde



IV – WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspetos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas. Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber até que ponto sentiu certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma muito acentuada, escolha o número correspondente a “Muitíssimo” **5**. Se não as sentiu, escolha o número correspondente a “Nada” **1**. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Muitíssimo”, poderá responder que sentiu “Pouco” **2**, “Nem muito nem pouco” **3** ou “Muito” **4**. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tacto afetam a sua vida diária?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tacto afetam a sua capacidade para participar em atividades?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5



3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tacto afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO

EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.
“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo	
1	2	3	4	5	VERSÃO

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou ou conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer perfeitamente estas coisas, escolha o número correspondente a “Completamente” **5**. Se não as conseguiu fazer, escolha o número correspondente a “Nada” **1**. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Completamente”, poderá responder que conseguiu “Pouco” **2**, “Moderadamente” **3** ou “Bastante” **4**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.
“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.
“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tacto)?

Muito mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer relacionamento íntimo que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.
“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

ANEXO VII - Mini Avaliação Nutricional

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	<input type="checkbox"/>
0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	
B Perda de peso nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>
0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	
C Mobilidade	<input type="checkbox"/>
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 2 = não	
E Problemas neuropsicológicos	<input type="checkbox"/>
0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ²	<input type="checkbox"/>
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	<input type="checkbox"/>
1 = sim 0 = não	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 1 = não	
I Lesões de pele ou escaras?	<input type="checkbox"/>
0 = sim 1 = não	
J Quantas refeições faz por dia?	<input type="checkbox"/>
0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
K O doente consome:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• carne, peixe ou aves todos os dias?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	<input type="checkbox"/>
0 = não 1 = sim	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	
N Modo de se alimentar	<input type="checkbox"/>
0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	<input type="checkbox"/>
0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
Q Perímetro braquial (PB) em cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
R Perímetro da perna (PP) em cm	<input type="checkbox"/>
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> desnutrido

References
1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com


ANEXO VIII - Questionário de Avaliação Final


Questionário de Avaliação Final


Assinale com um "X", considerando que 1 significa "Discordo totalmente" e 5 significa "Concordo totalmente"

	1	2	3	4	5
1. Gostei das sessões.					
2. As atividades foram divertidas.					
3. Preferia outras atividades.					
4. Gostei de trabalhar em grupo.					
5. Dou-me melhor com o grupo.					
6. Tenho conhecimentos para partilhar.					
7. Voltava a participar.					
8. Aprendi coisas novas.					
9. Fiz coisas diferentes.					
10. Provei coisas novas.					
Deixe as suas sugestões:					

ANEXO IX – Descrição das sessões

SESSÃO 1	
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra	
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!	
Sessão nº: 1	Tema: Os Alimentos andam à Roda Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC	Data: 25 de Setembro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC	
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o interesse pelo tema “alimentação saudável”. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a Roda dos Alimentos como um instrumento de apoio à prática de uma alimentação saudável. - Compreender os três princípios da alimentação segundo a Roda dos Alimentos: Equilibrada, variada e equilibrada. - Conhecer os 7 grupos da Roda dos alimentos e os alimentos que os constituem. - Compreender a localização da água na Roda dos alimentos. - Interagir com o grupo respeitando a opinião de cada um. - Promover a interação social. - Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo.
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Avaliação dos conhecimentos nutricionais - A Roda dos Alimentos.
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Computador, Videoprojector, folhas brancas, lápis de carvão e lápis de cor, caneta e papel.</p> <p>Métodos: Demonstrativo, interrogativo, e ativo.</p> <p>Técnica: Análise de um vídeo interativo.</p> <p>Atividades: Debate de ideias sobre o vídeo interativo e desenho individual.</p>
DESCRIÇÃO DA SESSÃO	
Início: Apresentação da intervenção, da nutricionista e dos idosos. Apresentação da sessão.	20 minutos
<p>Desenvolvimento: Visionamento do vídeo interativo “Roda dos Alimentos Mediterrânica”, um projeto da DGS e do PNPAS (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos-mediterranica/). O Vídeo está dividido em 3 partes: Início, Princípios Mediterrânicos e Roda Mediterrânica. Durante o visionamento serão pedidas opiniões sobre os 7 Princípios Mediterrânicos apresentados no vídeo e lançadas questões sobre a Roda Mediterrânica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porque devemos escolher alimentos da época? - Quantos grupos tem a Roda dos Alimentos? - Porque é que a água está no meio? - Que outros alimentos podemos encontrar em cada grupo? <p>No final do vídeo, são distribuídos 25 alimentos, recortados de folhetos publicitários, para os idosos colocarem na Roda dos Alimentos, com os grupos vazios, elaborada pela formadora.</p> <p>Lista de alimentos: Azeite; Frutos gordos; Leite; Iogurte; Queijo; Peixe; Carne; Ovos; Feijão; Ervilhas; Batatas; Massa; Arroz; Pão; Cereais; Castanhas; Bolachas; Cebola; Couve; Abóbora; Agrião; Maçã; Laranja; Pera; Banana</p>	
	30 minutos
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.	10 minutos



SESSÃO 3		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 3	Tema: Peguei, trinquei, meti-te na cesta!	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 02 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o consumo de fruta. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância da fruta na prevenção de várias doenças. - Relacionar as cores e a sazonalidade das frutas com os benefícios que estas têm para a saúde. - Relembrar que a Roda dos Alimentos recomenda 3 doses de fruta por dia. - Conhecer várias formas de comer fruta. - Interagir com o grupo respeitando a opinião de cada um. - Fomentar a interação social e o humor positivo. - Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo. 	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Papel da fruta na saúde. - Cores e sazonalidade da fruta. - Formas de comer fruta. 	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Computador, papel e caneta, cartolina e imagens de frutas, diário de bordo, caixa de sugestões, frutas da época, forno e fogão da cozinha da instituição.</p> <p>Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo.</p> <p>Técnica: Escuta ativa, chuva de ideias, debate e trabalho de grupo.</p> <p>Atividades: Confeção de fruta cozida, assada, puré de fruta e espetadas de fruta crua</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão sem revelar o tema. Referir que vamos ouvir uma música sobre o tema da sessão para depois falaremos sobre a música para terminarmos com uma atividade de cozinha e as já habituais sugestões.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: Escuta ativa da música “Amor de Água Fresca”, canção interpretada pela cantora portuguesa Dina, no Festival da Canção de 1992. Depois de ouvirem a música, serão lançadas questões para promover uma chuva de ideias e consequentemente um debate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Do que fala a música? - Qual é o tema da nossa conversa de hoje? - Que frutas são referidas na canção? - Porque é que eu vos quero falar de fruta? - Porque é que não há todas as frutas durante todo o ano? - Porque é que as frutas têm cores diferentes? - Quantas vezes comem fruta por dia? - Como preferem comer a fruta? <p>No final do debate os idosos irão formar três grupos de 2 a 3 elementos. Cada grupo terá à sua disposição frutas da época (maçã, melancia, melão, meloa, morango, pera, pêssego, romã, uvas). Em conjunto devem escolher se querem fazer uma espetada de fruta crua, ou se cozem ou assam a fruta. Depois descascam a fruta que escolheram e cozinham-na. Cada grupo deve ficar com uma opção diferente. No final, todos podem as três formas de fruta e conversar sobre as diferenças e preferências.</p>		 <p>40 minutos</p>
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos



SESSÃO 4		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 4 Tema: Família “Leite”		Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 04 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Compreender a importância dos laticínios na prevenção e atraso de várias doenças.- Conhecer os alimentos que integram o grupo dos laticínios.- Compreender que a manteiga e as natas não são laticínios.- Relacionar rótulos alimentares com o respetivo alimento.- Proporcionar interação social e humor positivo.- Provocar reminiscências.- Promover a autonomia.	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none">- Importância do consumo de laticínios para a saúde.- Composição nutricional dos laticínios.- Laticínios e intrusos.	
LINHAS ESTRATÉGICAS AS	<p>Material: Computador, papel e caneta, laticínios (leite, iogurte sólido, iogurte líquido, queijo, queijo fresco) e respetivos rótulos, intrusos (manteiga e natas) e respetivos rótulos, tudo em cartolina, bostik, pacotes de gelatina em pó (vários sabores), leite meio-gordo, iogurte natural e robot de cozinha, taças/copos.</p> <p>Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo.</p> <p>Técnica: Chuva de ideias, debate e trabalho de grupo.</p> <p>Atividades: Confeção de iogurte de gelatina.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão: tema, como vai ser desenvolvido e que atividades vamos fazer.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: Na parede vão estar colados, com bostik, laticínios em cartolina e também intrusos (alimentos que não são laticínios, mas são muitas vezes referidos como tal). Serão colocadas várias questões de forma a desenvolver os conteúdos da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conseguem identificar todos estes alimentos?- Todos pertencem ao mesmo grupo?- Quais não pertencem ao grupo dos laticínios? Porquê?- Porque é que os laticínios fazem bem à saúde?- Que doenças podem prevenir ou atrasar? <p>Chegados às respostas sobre os constituintes principais dos laticínios (ex.: cálcio) serão lidos em conjunto e mostrados, vários rótulos (ampliados) em cartolina. Cada título deve ser colado com bostik, na parede, por baixo do alimento correspondente, laticínio ou intruso.</p> <p>Depois de uma breve reflexão sobre o exercício de relação rótulo-alimento os idosos irão fazer iogurte de gelatina. Cada um ficará com uma função:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ir lendo a receita;- Colocar um ingrediente no robot de cozinha (gelatina em pó, iogurte natural e leite)- Distribuir o iogurte de gelatina por taças- Por as taças no frigorífico durante 3 a 4 horas. <p>No final poderão provar o iogurte de gelatina feito pela nutricionista 3 horas antes.</p>		35 minutos
		35 minutos
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos




SESSÃO 5		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 5	Tema: Sal de Ervas	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 9 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o consumo de sal. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os malefícios do sal. - Compreender que o consumo de sal pode ser reduzido com o uso de ervas aromáticas, especiarias e outros condimentos. - Identificar algumas ervas aromáticas e especiarias. - Estimular a memória e a concentração. - Apurar os sentidos e proporcionar autonomia. - Partilhar de momentos divertidos e promover o espírito de equipa. - Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo. 	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Malefícios do excesso de sal. - Ervas aromáticas, especiarias e condimentos da culinária. - Sal de ervas. 	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Papel e caneta, sal, ervas aromáticas (manjerição, salsa, orégãos, alecrim) “1,2,3”, peneira, receita do sal de ervas, frascos, diário de bordo e caixa de sugestões.</p> <p>Métodos: Expositivo, interrogativo e ativo.</p> <p>Técnica: Chuva de ideias e trabalho de grupo.</p> <p>Atividades: Preparação do sal de ervas.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: Na mesa de grupo estará uma chávena de sal e 4 chávenas de ervas aromáticas.</p> <p>Será lançada a primeira questão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que está dentro do primeiro frasco (sal)? <p>Seguem-se outras questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porque que é que quero falar de sal? - Quais os malefícios do sal? - O que podemos fazer para reduzir a quantidade de sal que consumimos? - O que está nas outras chávenas? - Conseguem identificar cada erva aromática? - Que outras ervas aromáticas conhecem? - E das que temos aqui, que uso lhes dariam? <p>Este conjunto de questões irá proporcionar o debate e a reflexão sobre os malefícios do uso excessivo de sal e das soluções para reduzir o seu consumo.</p> <p>No final do debate será lida a receita do sal de ervas.</p> <p>Cada idoso terá uma função na execução da receita. A função de cada uma será discutida em conjunto.</p> <p>À vez, colocarão os ingredientes no “1,2,3”, e depois de triturarem, passarão a mistura pelo coador/peneira para dentro de um frasco, que cada um levará para casa.</p>		<p>30 minutos</p> <p>40 minutos</p>
<p>Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.</p>		10 minutos










SESSÃO 6		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 6	Tema: Feijão Mágico	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 11 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar o consumo de leguminosas.- Estimular o interesse por novas atividades.- Proporcionar momentos de socialização e distração.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Identificar várias leguminosas.- Compreender a composição das leguminosas.- Conhecer os benefícios do consumo de leguminosas.- Estimular a partilha de histórias.- Proporcionar autonomia.- Partilhar momentos divertidos e fomentar o espírito de equipa.- Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo.	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none">- O que são leguminosas?- Importância das leguminosas para a saúde.- Fazer puré de grão-de-bico (Húmus)	
LINHAS ESTRATÉGICAS AS	Material: Papel e caneta, leguminosas (grão, feijão, ervilhas), “1,2,3”, receita de húmus, computador, vídeos de histórias, diário de bordo e caixa de sugestões. Métodos: Expositivo, interrogativo e ativo. Técnica: Chuva de ideias e trabalho de grupo. Atividades: Preparação do sal de ervas.	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
Desenvolvimento: Na mesa de grupo estarão vários pratos com leguminosas (grão, feijão, lentilhas, favas, ervilhas). Será lançada a primeira questão: - O que são leguminosas? - Conhecem histórias sobre leguminosas (ex.: João e o pé de feijão (https://www.youtube.com/watch?v=dbwquQl5utI); A princesa e a ervilha (https://www.youtube.com/watch?v=eocVOiv8K5s))? Pedir que contem as histórias (se não souberem, conta a formadora, ao mesmo tempo que mostra os vídeos referenciados anteriormente). Regressa-se às perguntas geradoras de conversa: - Na história do João e o pé de feijão, o feijão é mágico. Qual a magia das leguminosas? (Quando misturadas com arroz, massa, batata, tornam-se proteínas tão importantes como as que vêm dos ovos, carne e peixe). - Porque é que são importantes para a saúde? - Como é que as podemos comer? Como gostam de comê-las? No final do debate, falam das suas receitas de húmus, indicando os ingredientes, a forma de confecção e a sua opinião sobre a receita.		30 minutos 40 minutos
		
		
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos



SESSÃO 7		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 7	Tema: Ciclo do mel	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 16 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o consumo de açúcar. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a composição do mel. - Compreender que o mel é maioritariamente constituído por açúcar e deve ser consumido com moderação. - Identificar os malefícios do açúcar. - Estimular a memória e a concentração. - Proporcionar momentos divertidos e fomentar o espírito de equipa. - Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo. 	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - História “Ciclo do mel” - Mel vs Açúcar. - Malefícios do açúcar. - Peça de teatro “Dia do apicultor”. 	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Papel e canetas, computador, retroprojektor, livro “Ciclo do mel”, cartolinas das personagens.</p> <p>Métodos: Demonstrativo, interrogativo e ativo.</p> <p>Técnica: Escuta ativa, chuva de ideias e peça de teatro.</p> <p>Atividades: Representação e cantares.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: Leitura da história do livro “Ciclo do mel”, de Cristina Quental e Mariana Magalhães. Depois da história é lançada a questão “De que é constituído o mel?”.</p> <p>Debate sobre a composição do mel (maioritariamente açúcar) e se este é uma boa alternativa ao açúcar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O mel tem benefícios? - Quais os malefícios do açúcar? <p>Depois os idosos levantam-se da mesa e “vestem” as cartolinas com o desenho da personagem, feitos pela nutricionista, que vão interpretar na peça de teatro “Dia do apicultor”, do livro “O ciclo do mel”.</p> <p>As falas foram entregues na sessão anterior, para serem decoradas em casa e no centro de dia.</p> <p>Dá-se início à representação, que terá como fundo, na parede, um cenário adequado à peça (favos de mel, flores, porta da colmeia, caldeirão de mel).</p> <p>A peça inicia com todos os idosos sentados nos seus postos. Cada idoso representa uma personagem, vestida com material reciclável (sol, vento, flores, abelha-rainha, abelhas carreteiras, porteiras e obreiras). Seguem falando todas na sua vez e às vezes em coro. A peça termina com a canção que está no livro “Ciclo do mel”, adaptada da música “Ó rama, ó que linda rama”. A letra também será entregue na sessão anterior para treinarem.</p> <p>A peça é filmada para ser vista posteriormente pelos idosos.</p>		10 minutos 10 minutos 10 minutos 50 minutos
 		10 minutos
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		

SESSÃO 8		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 8 Tema: Apanha da azeitona		Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 18 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">- Privilegiar o consumo de gorduras saudáveis.- Estimular o interesse por novas atividades.- Proporcionar momentos de socialização e distração.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Estimular recordações e tradições.- Conhecer os benefícios do azeite para a saúde.- Identificar os frutos secos como alimentos ricos em gorduras saudáveis, como o azeite.- Participar em momentos alegres e divertidos.- Estimular a motricidade fina e a interajuda.- Promover a interação social.- Proporcionar autonomia.- Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo.	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none">- Ciclo do azeite.- Benefícios do azeite.- Grupo das gorduras.	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Computador, Videoprojector, caneta e papel, amendoins com casca, amendoins descascados, azeite e robot de cozinha, pão e mel.</p> <p>Métodos: Demonstrativo, interrogativo, e ativo.</p> <p>Técnica: Visionamento de um vídeo, chuva de ideias, debate.</p> <p>Atividades: Confeção de manteiga de amendoim.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: Visionamento de um vídeo, adaptado do <i>youtube</i>, sobre a tradicional apanha da azeitona. Depois do vídeo é lançada a questão “O que acontece à azeitona depois de apanhada?”. Para ajudar a responder a esta questão, os idosos serão convidados a cantar a música que passou durante o vídeo, e que aparece refletida na parede. De seguida surgirão outras tantas perguntas promotoras de debate.</p> <ul style="list-style-type: none">- O azeite é uma gordura saudável? Porquê?- Que outros alimentos estão no grupo do azeite?- São saudáveis como o azeite? Porquê?- O que podemos fazer com azeite e frutos secos? <p>No final do debate começará a atividade de grupo: Fazer manteiga de amendoim.</p> <p>Os idosos começam por descascar amendoins, que depois colocam no robot de cozinha, adicionam azeite e trituram. Depois de pronto, a manteiga de amendoim pode ser provada por todos, com pão e um fio de mel.</p>		25 minutos
		45 minutos
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos

SESSÃO 9		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 9	Tema: Carne ou peixe? Ovo!	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 23 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o consumo de proteína de origem animal. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a importância da proteína de origem animal para a saúde. - Partilhar receitas de pratos com proteína de origem animal. - Conhecer os benefícios do consumo de peixe, carne ou ovo, ao almoço e ao jantar. - Estimular a memória e o raciocínio lógico. - Proporcionar partilha de ideias. - Partilhar momentos e fomentar o espírito de equipa e a interação social. - Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo. 	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Importância dos ovos, carnes e peixes, para a saúde do idoso. - Recolha de receitas preferidas e do desenho ilustrativo. - Construção de um livro de receitas. 	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Papel e canetas, computador, receitas de segundos pratos. Diário de bordo e caixa de sugestões.</p> <p>Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo.</p> <p>Técnica: Chuva de ideias e trabalho individual/grupo.</p> <p>Atividades: Ordenar passos de confecção de várias receitas de sopa.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
<p>Desenvolvimento: É lançada a questão promotora de debate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qual é o vosso segundo prato preferido? - É mesmo necessário comer o segundo prato? - Porque é que devemos comer peixe, carne e ovos? - Que carne devemos preferir? - O que são peixes gordos e peixes magros? - Quantos ovos podemos comer por semana? - Devemos comer mais peixe do que carne? <p>No final do debate será explicada a atividade a iniciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada idoso deve dizer as receitas que trouxe para que se possa escolher uma de cada um, de forma a construir-se um livro equilibrado de receitas (não ser só receitas de carne ou de peixe). - Depois de escolhida a receita os idosos irão desenhar (ou recortar e colar) os pratos/ingredientes/ passos da receita que escolherem. - Enquanto ilustram a receita, à vez, serão chamados para explicar a sua receita, enquanto a formadora a escreve no computador. - As receitas serão impressas, e furadas com o furador, tal como os desenhos. - A capa será feita pela formadora. - Tudo será colocado numa capa plastificada de forma a se poder acrescentar receitas no futuro. 		<div data-bbox="906 1137 1252 1332" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="906 1332 1252 1534" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="906 1534 1252 1736" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="906 1736 1252 1937" data-label="Image"> </div> 40 minutos
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos

SESSÃO 10		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 10	Tema: Sopa Real	Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 25 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar o consumo de sopa e produtos hortícolas.- Estimular o interesse por novas atividades.- Proporcionar momentos de socialização e distração.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Compreender a importância dos produtos hortícolas para a saúde.- Partilhar formas de comer produtos hortícolas (ex: sopa).- Conhecer os benefícios do consumo de sopa ao almoço e ao jantar.- Estimular a memória e o raciocínio lógico.- Proporcionar partilha de ideias.- Partilhar momentos divertidos e promover a interajuda e as relações interpessoais.- Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo.	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none">- Importância dos produtos hortícolas para a saúde.- Benefícios da Sopa.- Como fazer Sopa.	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Papel e canetas, computador, retroprojektor, cesta com legumes, receitas de sopa com os passos de confecção desordenados. Diário de bordo e caixa de sugestões.</p> <p>Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo.</p> <p>Técnica: Chuva de ideias e trabalho individual/grupo.</p> <p>Atividades: Ordenar passos de confecção de várias receitas de sopa.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
Desenvolvimento: A sessão começa com os idosos sentados à volta de uma mesa que tem no centro uma abóbora. Será lançada a primeira questão: <ul style="list-style-type: none">- Este alimento pertence a que grupo da roda dos alimentos?- É o segundo maior grupo da Roda dos Alimentos, porquê?- Que benefícios trazem os produtos hortícolas para a saúde?- Como podemos aumentar o seu consumo?- Quais os benefícios da sopa, para além da sua riqueza em produtos hortícolas?- Como fazem a vossa sopa? No final do debate é explicada a atividade: Os idosos formam grupos de 2 a 3 elementos. A cada grupo serão dadas receitas de sopas onde os passos de confecção estão desordenados. O objetivo é ordenar os passos de forma a obtermos uma forma de confecção adequada. No final, será feita a decoração da abóbora para comemorar o “Dia das Bruxas”.		30 minutos
		 40 minutos
		
Os idosos serão informados de que na próxima sessão lhes será pedida uma receita da sua preferência para construir um livro de receitas em conjunto.		
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos

SESSÃO 11		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: AGA Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria!		
Sessão nº: 11 Tema: Alimentação segura a 5 chaves!		Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 30 de Outubro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">- Melhor a segurança alimentar do idoso.- Estimular o interesse por novas atividades.- Proporcionar momentos de socialização e distração.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Compreender as 5 chaves para uma alimentação segura.- Aplicar as chaves de uma alimentação segura a todo o processo da preparação de castanhas: da colheita até ao prato.- Identificar o grupo da Roda dos Alimentos a que pertence a castanha.- Conhecer a importância do grupo dos Cereais, derivados e tubérculos para a saúde.- Proporcionar autoestima e confiança.- Aumentar a motricidade fina e a autonomia.- Partilhar momentos alegres e diferentes, promovendo o humor positivo.- Proporcionar relações interpessoais.- Concentrar a atenção num tema e objetivo comum a todos os elementos do grupo.	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none">- 5 chaves para uma alimentação segura.- O grupo da castanha.- Castanha: da colheita ao prato.	
LINHAS ESTRATÉGICAS	<p>Material: Papel e canetas, computador, retroprojetor, ouriços, bacia e faca. Diário de bordo e caixa de sugestões.</p> <p>Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo.</p> <p>Técnica: Chuva de ideias e trabalho de grupo.</p> <p>Atividades: Retirar castanhas dos ouriços e golpeá-las para cozinhar.</p>	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
Desenvolvimento: <p>Estarão expostas 5 chaves em cartolina com as 5 regras para uma alimentação segura. Os idosos serão distribuídos em 4 grupos. A formadora escolhe a primeira chave e os grupos escolhem uma para cada grupo. A formadora demonstra como será a atividade, explicando a regra que escolheu e adaptando-a à preparação da castanha, seguindo-se depois cada grupo de idosos. Cada grupo irá explicar a regra que lhe calhou dando exemplos e opiniões e adaptando a regra à preparação da castanha. No final da apresentação, os idosos fazem uma roda à volta de vários ouriços que estão espalhados no chão, para retirar as castanhas dos ouriços com os pés e apanhá-las para um alguidar. Depois serão lavadas e cortadas para cozer/assar no dia seguinte. Será perguntado aos idosos qual será a melhor forma de cortar as castanhas consoante como as queremos cozinhar.</p>		30 minutos
		40 minutos
  		
Encerramento: Avaliação dos resultados com recurso a diário de bordo e recolha de sugestões anónimas.		10 minutos

SESSÃO 12		
Entidade: Escola Superior de Saúde de Coimbra		
Programa: Intervenção: Nutrição com companhia dá saúde e alegria! AGA		
Sessão nº: 12 Tema: Reflexão Nutritiva		Duração: 90 minutos
Destinatários: Utentes da ADIC		Data: 02 de Novembro de 2018
Formadora: Nutricionista Paula Simões – Aluna do IPC		
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a intervenção. - Estimular o interesse por novas atividades. - Proporcionar momentos de socialização e distração. 	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conhecimentos nutricionais adquiridos. - Refletir sobre a intervenção. - Proporcionar a partilha entre os participantes, promovendo a interação social. - Estimular a socialização. 	
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos conhecimentos nutricionais. - Reflexão da intervenção. 	
LINHAS ESTRATÉGICAS	Material: Papel e canetas, questionário e instrumentos de avaliação, dominó curvo de frutas. Caixa de sugestões. Métodos: Interrogativo, demonstrativo e ativo. Técnica: Debate. Atividades: Dominó curvo.	
DESCRIÇÃO DA SESSÃO		Tempo
Início: Apresentação da sessão.		10 minutos
Desenvolvimento: Reflexão sobre a intervenção, tendo como base as sugestões que os idosos foram dando no final de cada sessão. Momento de lazer a jogar dominó curvo de frutas, enquanto iam sendo chamados ara avaliação individual. Preenchimento do questionário de avaliação final e dos restantes instrumentos de avaliação.		20 minutos 50 minutos
 		
Encerramento: Agradecimentos e despedida.		10 minutos

ANEXO X – Tabelas de referências cruzadas

Tabela 1 – Estado Nutricional vs. Qualidade de Vida vs. Sintomatologia depressiva

		Grupo de Intervenção		Grupo de Controle	
		QdV <92,72	QdV ≥ 92,72	QdV <92,72	QdV ≥ 92,72
ENN	AD	0	0	0	0
	SD	1	2	1	1
RD	AD	1	0	0	1
	SD	2	3	1	3
D	AD	0	0	0	0
	SD	1	1	0	0
Total		5	6	2	5

Tabela 2 – Estado Nutricional vs. Qualidade de Vida vs. Isolamento Social

		Grupo de Intervenção		Grupo de Controle	
		QdV <92,72	QdV ≥ 92,72	QdV <92,72	QdV ≥ 92,72
ENN	SIS	0	0	1	0
	CIS	1	2	0	1
RD	SIS	1	0	1	2
	CIS	2	3	0	2
D	SIS	1	0	0	0
	CIS	0	1	0	0
Total		5	6	2	5

Legenda Geral:

ENN – Estado Nutricional Normal

RD – Risco de Desnutrição

D – Desnutrido

QdV – Qualidade de Vida

AD – Ausência de Depressão

SD – Sintomatologia Depressiva

SIS – Sem Isolamento Social

CIS – Com Isolamento Social

ANEXO XI - Testes não paramétricos *Wilcoxon*: casos positivos vs casos negativos

Tabela 1 - Sintomatologia depressiva: momento inicial vs. momento final

		n	%	p
Grupo Intervenção	Casos Positivos	4 ^b	36,4	0,474
	Casos Negativos	6 ^a	54,5	
	Sem Alterações	1 ^c	9,1	
Grupo Controlo	Casos Positivos	5 ^b	45,5	0,823
	Casos Negativos	6 ^a	54,5	
	Sem Alterações	0	0	

Tabela 2 - Redes Sociais: Total e por Facetas: momento inicial vs. momento final

		Total			Faceta Famí- lia			Faceta Ami- gos		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p
Grupo Intervenção	Casos Positivos	6 ^a	54,5	0,893	7 ^a	63,6	0,119	3 ^a	27,3	0,438
	Casos Negativos	5 ^b	45,5		2 ^b	18,2		5 ^b	45,5	
	Sem Alterações	0	0		2 ^c	18,2		3 ^c	27,3	
Grupo Controlo	Casos Positivos	2 ^a	18,2	0,016	2 ^a	18,2	0,107	1 ^a	9,1	0,020
	Casos Negativos	9 ^b	81,8		7 ^b	63,6		8 ^b	72,7	
	Sem Alterações	0	0		2 ^c	18,2		2 ^c	18,2	

Tabela 3 - Qualidade de Vida: Total e por Facetas: momento inicial vs. momento final

	Grupo de Intervenção							Grupo de Controlo						
	Casos Posi- tivos		Casos Nega- tivos		Sem Altera- ções		p	Casos Positi- vos		Casos Nega- tivos		Sem Alte- rações		p
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Total	5	45,5	5	45,5	1	9,1	0,284	1	9,1	10	9,1	0	0	0,010
SAB	3	27,3	6	54,5	2	18,2	0,123	2	18,2	8	72,7	1	9,1	0,028
AUT	7	63,6	2	18,2	2	18,2	0,165	2	18,2	9	81,8	0	0	0,048
PPF	4	36,4	4	36	3	27,3	0,621	5	45,5	4	36,4	2	18,2	0,313
SOP	9	81,8	2	18,2	0	0	0,044	1	9,1	10	90,9	0	0	0,015
DAD	3	27,3	6	54,5	2	18,2	0,282	1	9,1	6	54,5	1	9,1	0,358
INT	1	9,1	3	27,3	7	63,6	0,715	1	9,1	5	45,5	5	45,5	0,074
FAM	7	63,6	2	18,2	2	18,2	0,024	1	9,1	7	63,6	3	27,3	0,020

SAB- Funcionamento Sensorial; AUT- Autonomia; PPF- Atividades Passadas, Presentes e Futuras; DAD- Participação Social; DAD- Morte e Morrer; INT- Intimidade; FAM- Família ou Vida Familiar

Tabela 4 - Estado Nutricional: momento inicial vs. momento final

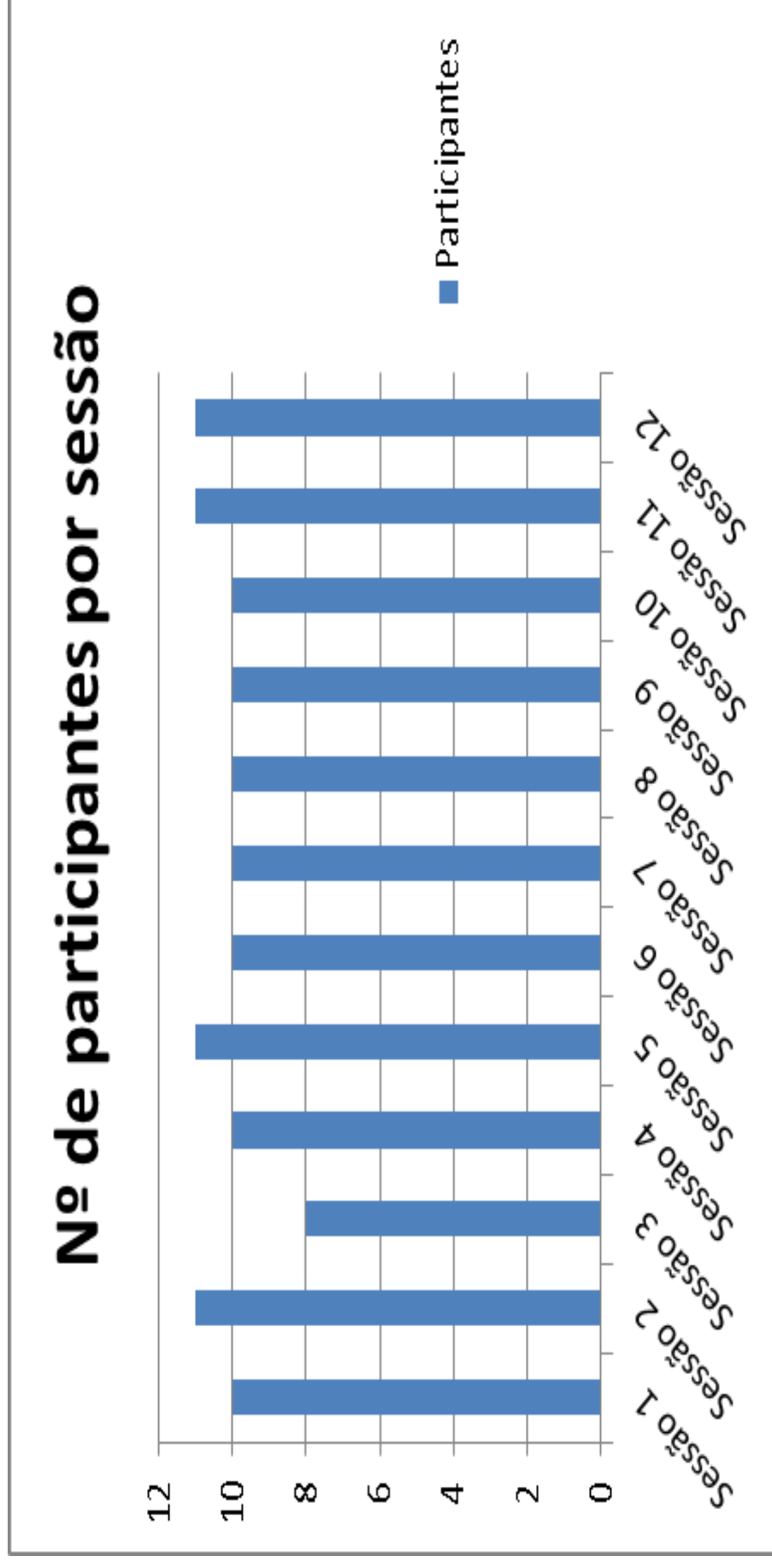
		n	%	p
Grupo Intervenção	Casos Positivos	5 ^a	55,6	0,552
	Casos Negativos	4 ^b	44,4	
	Sem Alterações	0 ^c	0	
Grupo Controlo	Casos Positivos	2 ^a	66,7	0,285
	Casos Negativos	1 ^b	33,3	
	Sem Alterações	0	0	

Legenda Geral:

- a. Número de casos que melhoraram após o programa.
- b. Número de casos que pioraram após o programa.
- c. Número de casos que não sofreram alterações com o programa.

ANEXO XII – Grelha de avaliação das sessões

Atividade:		Sessão nº
		Observações/Sugestões
		Dificuldades/Alterações
Atividade:		Sessão nº
		Observações/Sugestões
		Dificuldades/Alterações



ANEXO XIV – Avaliação do Programa

	DT %	D %	ND/NC %	C %	CT %
1. Gostei das sessões.					100
2. As atividades foram divertidas.				9,1	90,9
3. Preferia outras atividades.	45,4	36,4	9,1		9,1
4. Gostei de trabalhar em grupo.				9,1	90,9
5. Dou-me melhor com o grupo.			63,6		36,4
6. Tenho conhecimentos para partilhar.	18,2		18,2	36,3	27,3
7. Voltava a participar.				18,2	81,8
8. Apreendi coisas novas.	9,1	9,1		36,4	45,4
9. Fiz coisas diferentes.				9,1	90,9
10. Provei coisas novas.				9,1	90,9

Legenda:

DT – Discordo Totalmente

D - Discordo

ND/NC - Não Discordo Nem Concordo

C – Concordo

CT – Concordo Totalmente